

Beneva

625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@beneva.ca

N° de groupe					
0	0	6	0	0	0

N° d'employeur			
1	0	4	1

N° d'identification							

1 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ASSURÉS

PERSONNE ADHÉRENTE (vous)

Nom et prénom			Nom à la naissance (si différent)			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance (AAAA/MM/DD)			
N°, rue, app.						Ville					
Province		Code postal		Téléphone principal			Poste		Téléphone (autre)		Poste

IMPORTANT : Si vous êtes une personne adhérente retraitée et que vous n'êtes plus sur le marché du travail, veuillez ne pas répondre à la prochaine question et passer directement à l'identification de la personne conjointe.

Êtes-vous actuellement au travail ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si non, depuis quelle date ?			Raison de l'arrêt de travail :				
				Année	Mois	Jour					

PERSONNE CONJOINTE (si vous désirez l'assurer)

Nom et prénom			Nom à la naissance (si différent)			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance (AAAA/MM/DD)		
---------------	--	--	-----------------------------------	--	--	---	--	--------------------------------	--	--

ENFANTS (si vous désirez les assurer) | IMPORTANT : Si vous avez plus de 2 enfants, veuillez utiliser un second formulaire.

Enfant 1	Nom et prénom			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance (AAAA/MM/DD)		
Enfant 2	Nom et prénom			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance (AAAA/MM/DD)		

IMPORTANT : La question suivante doit obligatoirement être remplie, peu importe le statut de protection (protection individuelle, monoparentale, couple ou familiale).

Est-ce que vous ou l'une des personnes à assurer a déjà été assurée par un régime de soins dentaires ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, veuillez indiquer la date de cessation			Prénom(s) : _____ Raison de la cessation ? _____				
				Année	Mois	Jour					

2 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX CONSULTATIONS

Personne à assurer	Date du dernier examen complet chez le dentiste, le denturologiste ou le spécialiste (AAAA/MM/JJ)	Date du dernier traitement chez le dentiste, le denturologiste ou le spécialiste (AAAA/MM/JJ)	Nom et adresse du dentiste, du denturologiste ou du spécialiste
Personne adhérente			
Personne conjointe			
Enfant 1			
Enfant 2			

3 RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA SANTÉ DENTAIRE

Est-ce que la personne à assurer :	Personne adhérente	Personne conjointe	Enfant 1	Enfant 2
1. a consulté pour des examens ou des soins dentaires au cours des 2 dernières années ? Si oui, veuillez préciser à la section 4.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. a débuté un traitement dentaire qui n'est pas encore terminé ? Si oui, veuillez préciser à la section 4.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. aura recours à des soins dentaires au cours des six prochains mois ? Si oui, veuillez préciser à la section 4.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. a été informée par son dentiste, son denturologiste ou son spécialiste, de soins dentaires à venir ? Si oui, veuillez préciser à la section 4.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. a une prothèse dentaire ? Date du dernier changement (AAAA/MM/JJ) : _____ Si oui, veuillez préciser à la section 4.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Partielle

4 EXPLICATIONS

À remplir pour chacune des réponses affirmatives de la section 3. Au besoin, veuillez utiliser un second formulaire daté et signé par la personne à assurer, ou par son tuteur légal si elle est âgée de moins de 18 ans, et veuillez le joindre au présent formulaire.

Numéro de la question	Nom de la personne concernée	Soins et traitements dentaires		Nom et adresse du dentiste, du denturologiste ou du spécialiste
		En cours	À venir	

5 AUTORISATION ET DÉCLARATION

Si vous présentez une demande pour la personne assurée âgée de 18 ans ou plus, son consentement est nécessaire et, ainsi, sa signature est également requise.





« J'autorise tout médecin, tout dentiste, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le Preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet et au sujet de mes personnes à charge, le cas échéant, à fournir à La Capitale assureur de l'administration publique inc. (ci-après appelée " La Capitale ") ou à ses mandataires tous les renseignements nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également La Capitale à communiquer ces renseignements aux personnes susmentionnées lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier. »

Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

« Je confirme que les renseignements contenus dans ce formulaire sont vrais, sachant que La Capitale se base sur ces renseignements pour accepter ou refuser ma demande, et je comprends que toute déclaration incomplète, inexacte, fausse ou mensongère peut entraîner l'annulation de mon contrat d'assurance. »

NOTE IMPORTANTE : Afin que ce formulaire soit valide, une signature manuscrite est obligatoire.

	_____	Date : _____		_____	Date : _____
Signature de l'adhérent ou, si mineur, de son tuteur légal	AAAA/MM/JJ		Signature de la personne conjointe	AAAA/MM/JJ	
	_____	Date : _____		_____	Date : _____
Signature de la personne à charge âgée de 18 ans ou plus	AAAA/MM/JJ		Signature de la personne à charge âgée de 18 ans ou plus	AAAA/MM/JJ	

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur ou par courriel.
Si vous n'avez pas transmis le document original, assurez-vous de le conserver en lieu sûr en cas de contrôle.
Il est à noter que l'Assureur peut exiger le document original en tout temps aux fins de vérification.