DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ
RÉGIME DE SOINS DENTAIRES
ASSURANCE COLLECTIVE

La Capitale assureur de l'administration publique inc.
625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR

A- NOM DE L'ADHÉRENT (NOM DE FILLE S'IL Y A LIEU) PRÉNOM N° D'IDENTIFICATION

ADRESSE N° RUE APP. VILLE PROVINCE CODE POSTAL

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE	FONCTION ACTUELLE (emploi)	TRAVAILLEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?	SI NON, POUR QUELLES RAISONS?
RÉS. : TRAVAIL :		☐ OUI ☐ NON	

B- À REMPLIR PAR L'ADHÉRENT DANS TOUS LES CAS (PROTECTION INDIVIDUELLE, FAMILIALE OU MONOPARENTALE)

EST-CE QUE L'UNE OU L'AUTRE DES PERSONNES À ASSURER A DÉJÀ ÉTÉ ASSURÉE PAR UN RÉGIME DE SOINS DENTAIRES? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI, JUSQU'À QUELLE DATE ?_____/_____/_____ _____
Année Mois Jour Prénom

RAISON DE LA CESSATION : _____

C- POUR CHAQUE PERSONNE À ASSURER, FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :

	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	DATE DU DERNIER EXAMEN COMPLET CHEZ LE DENTISTE, LE DENTUROLOGISTE OU LE SPÉCIALISTE	DATE DU DERNIER TRAITEMENT CHEZ LE DENTISTE, LE DENTUROLOGISTE OU LE SPÉCIALISTE	NOM ET ADRESSE DU DENTISTE, DU DENTUROLOGISTE OU DU SPÉCIALISTE
ADHÉRENT					
CONJOINT					
ENFANT					
ENFANT					
ENFANT					

D- EST-CE QUE L'UNE OU L'AUTRE DES PERSONNES À ASSURER : (POUR LES RÉPONSES AFFIRMATIVES, PRÉCISEZ CI-DESSOUS)

	ADHÉRENT		CONJOINT		ENFANTS	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1) A CONSULTÉ POUR DES EXAMENS OU DES SOINS DENTAIRES AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2) A DÉBUTÉ UN TRAITEMENT DENTAIRE QUI N'EST PAS ENCORE TERMINÉ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3) AURA RECOURS À DES SOINS DENTAIRES AU COURS DES SIX PROCHAINS MOIS?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4) A ÉTÉ INFORMÉE PAR SON DENTISTE, SON DENTUROLOGISTE OU SON SPÉCIALISTE, DE SOINS DENTAIRES À VENIR?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5) A UNE PROTHÈSE DENTAIRE ☐ COMPLÈTE OU ☐ PARTIELLE **DATE DU DERNIER CHANGEMENT** : _____ Année / Mois / Jour	☐	☐	☐	☐	☐	☐

EXPLICATION DES RÉPONSES AFFIRMATIVES :

QUESTION N°	PRÉNOM	SOINS ET TRAITEMENTS DENTAIRES EN COURS	SOINS ET TRAITEMENTS DENTAIRES À VENIR	NOM ET ADRESSE DU DENTISTE, DU DENTUROLOGISTE OU DU SPÉCIALISTE

E- DÉCLARATION

« Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques, et je reconnais qu'advenant l'établissement de la proposition, celle-ci sera régie par les conditions d'un contrat à l'égard de chacune des personnes à assurer susnommées. Je sais de plus que l'assurance souscrite par les présentes n'entrera en vigueur à l'égard de l'une ou l'autre des personnes susmentionnées que le jour où La Capitale assureur de l'administration publique inc. l'approuvera et communiquera par écrit sa décision au proposant. » La présente proposition est considérée comme refusée si elle n'a pas reçu l'approbation du siège social de La Capitale assureur de l'administration publique inc. dans les soixante jours suivant la date où elle a été remplie. De plus, toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance.

Signé à _____ le _____ / _____ / _____
Année Mois Jour

_____ Adhérent _____ Conjoint

F- AUTORISATION

« J'autorise tout médecin, 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, 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. (« La Capitale ») ou à ses prestataires de service tous les renseignements qu'elle détient nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également La Capitale à communiquer ces renseignements aux personnes susnommées 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.

Si vous avez adhéré à une protection familiale ou monoparentale, nous avons également besoin du consentement de votre conjoint et de vos personnes à charge âgées de 18 ans et plus.

Signature de l'adhérent ou si mineur, de son représentant légal	Date	Signature du conjoint	Date
Signature de la personne à charge âgée de 18 ans et plus	Date	Signature de la personne à charge âgée de 18 ans et plus	Date

CONSERVER UNE COPIE ET RETOURNER L'ORIGINAL À L'ASSUREUR