

# Associated Endodontists

D<sup>re</sup> Lisane Paquette

D<sup>r</sup> Andrew Gaffen

D<sup>re</sup> Helena Lim

## FORMULAIRE D'INFORMATION DES DONNÉES D'ASSURANCE, CDAnet

### Information du détenteur de la police d'assurance principale

Nom du détenteur.....
Date de naissance.....
Nom, Comp d'assurance ..... No. de police .....
Numéro d'identification du signataire .....
Lieu d'emploi .....

**Réclamez-vous de plus d'une compagnie d'assurance?**  
**Si oui, compléter le bloc suivant.**

**oui**

**non**

### Information du détenteur de la police d'assurance secondaire

Nom du détenteur.....
Date de naissance.....
Nom, Comp d'assurance ..... No. de police .....
Numéro d'identification du signataire .....
Lieu d'emploi .....

**Indiquer le nom du patient ainsi que son lien avec le détenteur de la police d'assurance en encerclant un des indicatifs suivants;**

Nom du patient .....	Relation * A B C
Nom du patient .....	Relation * A B C
Nom du patient .....	Relation * A B C

\* A= PERSONNE À CHARGE

B= DÉTENTEUR DE POLICE

C= CONJOINT

### SIGNATURE DE CONSENTEMENT ET AUTORISATION

**J'autorise l'administrateur de ma compagnie d'assurance à libérer l'information contenue dans cette réclamation.**

**J'autorise Associated Endodontists à communiquer avec compagnie d'assurance et mon dentiste via courriel.**

\_\_\_\_\_  
Signature du patient, du parent ou du tuteur