

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 patientRelation * A B C

Nom du patientRelation * A B C

Nom du patientRelation * 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

CDAnet INSURANCE DATA INFORMATION FORM

Policy Holder Insurance Information

Name of policy holder

Date of birth

Name, Insurance Co. Policy No.

Subscriber ID number

Place of employment

Are you claiming from more than one insurance company

If yes, complete the following block

no

yes

Other Policy Holder Insurance Information

Name of policy holder

Date of birth

Name, Insurance Co. Policy No.

Subscriber ID number

Place of employment

Other than the policy holder(s) above, indicate patient's name and relationship to insurance policy holder by encircling the following...

Patient's nameRelationship * D S

Patient's nameRelationship * D S

Patient's nameRelationship * D S

* D = DEPENDENT

S = SPOUSE

CONSENT FOR RELEASE FORM

I authorize my insuring company plan administrator to release the information contained in this claim.

I authorize Associated Endodontists to communicate with my insurance company and my dentist via email.

Signature of patient, parent or guardian