





## DEMANDE POUR SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT (SUITE)

### DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

1. Nom de l'employeur \_\_\_\_\_
2. Nom et adresse de l'employé \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Date de naissance de l'employé (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_
3. Lien de parenté du patient avec l'employé \_\_\_\_\_ Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_
4. Si votre entreprise a un **Compte gestion-santé**, veuillez appliquer le solde de cette demande de règlement à cette garantie.  Non  Oui
5. Avez-vous droit, ou un membre de votre famille a-t-il droit, à des prestations en vertu d'un autre régime collectif?  Non  Oui  
Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille qui est assuré \_\_\_\_\_  
Nom de l'assureur \_\_\_\_\_ Date de naissance du conjoint (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_
6. Ces soins sont-ils requis par la suite d'un accident?  Non  Oui  
Dans l'affirmative, indiquez la date et donnez des précisions de l'accident \_\_\_\_\_
7. La demande porte-t-elle sur un enfant à charge âgé de plus de 21 ans?  Non  Oui  
L'enfant :  a une incapacité physique/mentale (Une attestation médicale pourrait être exigée.)  
 est un étudiant inscrit à **temps plein** à l'établissement d'enseignement suivant (fournir le nom) \_\_\_\_\_
8. S'il s'agit d'un traitement pour une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche?  Non  Oui  
Dans la négative, indiquez la date de la mise en bouche précédente et les raisons du remplacement \_\_\_\_\_
9. Des soins orthodontiques sont-ils requis?  Non  Oui
10. Veuillez préciser la date de l'accident \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure.
11. Lieu de l'accident \_\_\_\_\_
12. Est-ce un accident relié au travail?  Non  Oui
13. Date du premier traitement (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_
14. Veuillez donner des précisions de l'accident \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une demande de règlement de frais engagés pour des soins dont j'ai bénéficié ou dont un membre admissible de ma famille a bénéficié. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou d'une de mes personnes à charge, je suis autorisé à communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du versement de prestations, le cas échéant.

Si la demande de règlement comprend un montant aux termes du Compte gestion-santé, j'atteste que ce montant est admissible à titre de frais médicaux aux fins de l'impôt sur le revenu. J'atteste également que les personnes à l'égard desquelles je présente une demande de règlement sont admissibles et me comprennent ainsi que mon conjoint et mes personnes à charge selon les dispositions du Compte gestion-santé. Je comprends que si le remboursement de ces frais donne lieu à des conséquences fiscales, je serai la seule personne responsable des impôts à payer.

J'autorise Avantage Maximum et ses assureurs à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime. Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**TOUS LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR CE FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS.**

Faites parvenir votre demande de règlement dûment remplie, accompagnée des reçus originaux à l'adresse suivante :

AVANTAGE MAXIMUM – CENTRE DE SERVICE, 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4  
Téléphone 1 888 558 7609 • Télécopieur : 1 877 526 2515 • info@avantagemaximum.ca