



## FORMULAIRE D'ACCIDENT DENTAIRE

Numéro de la police collective :

Numéro de certificat :

Personne assurée :

Patient(e) :

Date de l'accident (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ L'accident s'est-il produit au Canada? Oui

Non Date de départ (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Date de retour (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

**Veillez décrire l'accident :**

---

---

---

---

**Veillez annexer une copie du rapport de police et/ou du rapport d'hospitalisation.**

Copie annexée      Ne s'applique pas

### Autorisation :

Je, \_\_\_\_\_, autorise :

- toute personne ou organisation, y compris les médecins traitants, les hôpitaux et autres fournisseurs de services ou établissements à divulguer toute information et tout dossier lié à la présente demande de règlement à l'Empire Vie;
- ses agents, ses représentants et ses consultants, ainsi que d'autres assureurs ou réassureurs, à recueillir, à analyser, à maintenir et à échanger cette information mutuellement (au besoin) dans le but d'évaluer et de traiter cette demande de règlement.

Signature de la personne assurée : \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

### Votre dentiste doit :

- indiquer les dents endommagées et fournir une description clinique complète;
- indiquer les codes et les frais liés aux soins dentaires requis à la suite de cet accident;
- annexer toute photo ou radiographie pertinente;
- noter que les demandes de règlement pour un accident ne peuvent être soumises par voie électronique.

Nous vous prions d'envoyer tout formulaire de demande de règlement pour soins dentaires et ce formulaire d'accident dentaire à notre bureau aux fins d'examen et d'évaluation.

Si vous avez besoin d'aide ou avez des questions à ce sujet, veuillez communiquer avec l'un de nos représentants du Service à la clientèle au 1 800 267-0215.