PARTIE 1 : HYGIÉNISTE DENTAIRE AUTORISÉ



Spéc.

Canadian Life & Health Insurance Association Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes

Envoyer le paiement au :

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION NATIONAL EN HYGIÈNE DENTAIRE

NIU No 202

No de cabinet

Nom et adresse du				No de cabinet Spec.		Participant	Fournisseur
	ı client :			Nom/Adresse/Numéro de téléphone de l'hygié	niste dentaire :	du régime	de services
							e permet, je cède à
						l'hygiéniste dentaire nommé dans la présente, les prestations payables	
						en vertu de cett	e demande et paiement lui soit
						versé directeme	ent.
						x	
						Signature de l'E	mployé/Participant
						du régime/Abonné	
Date du service		Code			Frais o	le Frais ou	
	Code de service de l'ACHD	INTL de	Surface des dents	Description des services fournis	l'hygién	iste dépenses d	de Coût total
J M A	TACID	la dent	des delles		dentai	re laboratoir	e
					М	ontant total soun	nis
UTILISATION PAR	L'HYGIÉNISTE DENTAI	RE AUTO	RISÉ SEULE	MENT (INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE)		Indiquer s'il y a un	e préautorisation
				ne pas être couverts par le régime auquel je participe			
Je comprenas qu services qui m'on	ie je suis financierement it été rendus. Je consens	à ce que t	oute informa	s soins rendus et je reconnais que le montant total qu tion supplémentaire requise en lien avec la présente c	i figure ci-dessus i demande soit divi	est exact et m'a ete ulguée à ma compa	agnie d'assurance
	eur du régime.					3	٠
ou a rauministrat	•						
	giène dentaire fournis so	nt consign	iés en détail d	dans le dossier du client et sont signés par le client (pa	arent ou tuteur) et	l'hygiéniste denta	ire autorisé. Le
Les services d'hye présent documer				dans le dossier du client et sont signés par le client (pa montant total à payer et payable, à l'exception des er			ire autorisé. Le
Les services d'hy présent documer J'autorise la com	munication d'information	n liée à la c	ouverture de	s services énumérés sur le présent formulaire à l'hygie	eniste dentaire no	mmé.	
Les services d'hy présent documer J'autorise la com	munication d'information	n liée à la c	ouverture de		eniste dentaire no	mmé.	
Les services d'hyg présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg	munication d'information	n liée à la c	ouverture de	s services énumérés sur le présent formulaire à l'hygie Validé par le client ou tuteur x	eniste dentaire no	mmé.	
Les services d'hyg présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET	n liée à la c	ouverture de	s services énumérés sur le présent formulaire à l'hygie Validé par le client ou tuteur x ATION	eniste dentaire no	mmé.	
Les services d'hyg présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1,	r liée à la c	e RÉCLAM ites ensuite p	s services énumérés sur le présent formulaire à l'hygie Validé par le client ou tuteur x ATION Darvenir le formulaire de réclamation au bureau de	eniste dentaire no	mmé. oproprié. Vous po	uvez obtenir
Les services d'hys présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de	TRE UNE 2 et 3. Fai es réclama	e RÉCLAMA tes ensuite pations en cor	Validé par le client ou tuteur x ATION parvenir le formulaire de réclamation au bureau de nsultant votre brochure sur les prestations ou en c	eniste dentaire no	mmé. oproprié. Vous po	uvez obtenir
Les services d'hys présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1,	TRE UNE 2 et 3. Fai es réclama	e RÉCLAMA tes ensuite pations en cor	Validé par le client ou tuteur x ATION parvenir le formulaire de réclamation au bureau de nsultant votre brochure sur les prestations ou en c	eniste dentaire no	mmé. oproprié. Vous po	uvez obtenir
Les services d'hys présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance	TRE UNE 2 et 3. Fai es réclama	e RÉCLAMA tes ensuite pations en cor	Validé par le client ou tuteur x ATION De parvenir le formulaire de réclamation au bureau de resultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre brochure sur les prestations de la consultant votre brochure de la consultant votre brochure de la consultant votre de la	eniste dentaire no	mmé. oproprié. Vous po vec le promoteur	uvez obtenir de votre régime.
Les services d'hyg présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance	TRE UNE 2 et 3. Fai es réclama	e RÉCLAMA tes ensuite pations en cor	Validé par le client ou tuteur x ATION De parvenir le formulaire de réclamation au bureau de resultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre brochure sur les prestations de la consultant votre brochure de la consultant votre brochure de la consultant votre de la	eniste dentaire no	mmé. oproprié. Vous po	uvez obtenir de votre régime.
Les services d'hys présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance	TRE UNE 2 et 3. Fai es réclama	e RÉCLAMA tes ensuite pations en cor	Validé par le client ou tuteur x ATION De parvenir le formulaire de réclamation au bureau de resultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre brochure sur les prestations de la consultant votre brochure de la consultant votre brochure de la consultant votre de la	es règlements apommuniquant av	mmé. oproprié. Vous po vec le promoteur	uvez obtenir de votre régime.
Les services d'hye présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance	TRE UNE 2 et 3. Fai es réclama	e RÉCLAMA tes ensuite pations en cor	Validé par le client ou tuteur x ATION De parvenir le formulaire de réclamation au bureau de resultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre brochure sur les prestations de la consultant votre brochure de la consultant votre brochure de la consultant votre de la	es règlements apommuniquant av	pproprié. Vous po vec le promoteur	uvez obtenir de votre régime.
Les services d'hye présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co Employeur 2. Vos détails	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance ollectif	FRE UNE 2 et 3. Fai 2 by RéG	E RÉCLAM. tes ensuite ; ations en cor	ATION Dearvenir le formulaire à l'hygie Nalidé par le client ou tuteur x ATION Dearvenir le formulaire de réclamation au bureau de sultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre de la consultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre brochure sur les prestations de la consultant votre	es règlements ap communiquant av ssureur/ dministrateur	pproprié. Vous po vec le promoteur e de naissance	uvez obtenir de votre régime.
Les services d'hye présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co Employeur 2. Vos détails	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance	FRE UNE 2 et 3. Fai 2 by RéG	E RÉCLAM. tes ensuite ; ations en cor	ATION Dearvenir le formulaire à l'hygie Nalidé par le client ou tuteur x ATION Dearvenir le formulaire de réclamation au bureau de sultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre de la consultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre brochure sur les prestations de la consultant votre	es règlements ap communiquant av ssureur/ dministrateur —	pproprié. Vous po vec le promoteur	uvez obtenir de votre régime.
Les services d'hye présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co Employeur 2. Vos détails No	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance ollectif	FRE UNE 2 et 3. Fai 2 by RÉG	E RÉCLAM. tes ensuite ; titions en cor ilME/ABO	ATION Dearvenir le formulaire de réclamation au bureau de resultant votre brochure sur les prestations ou en count de division ou de section Arienand l'hygie	es règlements ap communiquant av ssureur/ dministrateur	pproprié. Vous po vec le promoteur e de naissance	uvez obtenir de votre régime.
Les services d'hye présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co Employeur 2. Vos détails No	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance ollectif	FRE UNE 2 et 3. Fai 2 by RÉG	E RÉCLAM. tes ensuite ; titions en cor ilME/ABO	ATION Dearvenir le formulaire de réclamation au bureau de resultant votre brochure sur les prestations ou en count de division ou de section Arienand l'hygie	es règlements ap communiquant av ssureur/ dministrateur	pproprié. Vous po vec le promoteur e de naissance	uvez obtenir de votre régime.
Les services d'hysprésent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co Employeur 2. Vos détails No PARTIE 3 : INFOI	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance ollectif de certificat ou d'identifica	FRE UNE 2 et 3. Fai 2 by RÉG DU RÉG Authorities no No	E RÉCLAMA tes ensuite p ations en cor siME/ABO	ATION Dearvenir le formulaire de réclamation au bureau de resultant votre brochure sur les prestations ou en count de division ou de section Arienand l'hygie	es règlements ap communiquant av ssureur/ dministrateur	pproprié. Vous po vec le promoteur e de naissance	uvez obtenir de votre régime.
Les services d'hys présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela l'information rela l'information rela l'entre de l'entre d	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance ollectif O de certificat ou d'identificat RMATION SUR LE COULE PATIENT EST DI	FRE UNE 2 et 3. Fai es réclama DU RÉG	E RÉCLAMA tes ensuite p ations en cor silME/ABO m de famille E PATIENT	Validé par le client ou tuteur x ATION De parvenir le formulaire de réclamation au bureau de neultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre prestation de la consultant votre brochure sur les prestations de la consultant votre les prestations de la consultant votre prestation de la consultant votre les prestations de la consultant votre prestation de la consultant votre les prestations	es règlements ap communiquant av ssureur/ dministrateur	pproprié. Vous po vec le promoteur e de naissance	uvez obtenir de votre régime.
Les services d'hysprésent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co Employeur 2. Vos détails No PARTIE 3 : INFOI	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance ollectif de certificat ou d'identificat RMATION SUR LE COULE PATIENT EST DI é du client ou du patient	FRE UNE 2 et 3. Fai es réclama DU RÉG	E RÉCLAMA tes ensuite p ations en cor silME/ABO m de famille E PATIENT	ATION Dearvenir le formulaire de réclamation au bureau de neultant votre brochure sur les prestations ou en count de section	es règlements ap communiquant av ssureur/ dministrateur	pproprié. Vous po vec le promoteur e de naissance	uvez obtenir de votre régime.
Les services d'hys présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela l'information rela l'information rela l'entre de l'entre d	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance ollectif de certificat ou d'identificat RMATION SUR LE COULE PATIENT EST DI é du client ou du patient	FRE UNE 2 et 3. Fai es réclama DU RÉG	E RÉCLAMA tes ensuite p ations en cor silME/ABO m de famille E PATIENT	ATION Dearvenir le formulaire à l'hygie NATION Dearvenir le formulaire de réclamation au bureau de sultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre brochure	es règlements apommuniquant av ssureur/dministrateur Dat iales Jour	pproprié. Vous po rec le promoteur e de naissance	ouvez obtenir de votre régime.
Les services d'hysprésent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co Employeur 2. Vos détails No PARTIE 3 : INFOI	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance ollectif de certificat ou d'identificat RMATION SUR LE COULE PATIENT EST DI é du client ou du patient	TRE UNE 2 et 3. Fai es réclama DU RÉG etion No	E RÉCLAMA tes ensuite p ations en cor silME/ABO m de famille E PATIENT	Validé par le client ou tuteur x ATION Darvenir le formulaire de réclamation au bureau de sultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre brochure sur les	es règlements apommuniquant av ssureur/dministrateur Dat iales Jour	pproprié. Vous po vec le promoteur e de naissance	ouvez obtenir de votre régime.
Les services d'hye présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co Employeur 2. Vos détails No PARTIE 3 : INFOI 1. SI LE CLIENT Lien de parente avec la personi 2. Les prestations	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance ollectif OU LE PATIENT EST DI é du client ou du patient ne qui réclame	FRE UNE 2 et 3. Fai 2 et 3. Fai 2 es réclama DU RÉG DU RÉG SILIENT/L IFFÉRENT	E RÉCLAMA tes ensuite p ations en cor silME/ABO m de famille E PATIENT Date de naiss Jour / Mois /	Validé par le client ou tuteur x ATION De parvenir le formulaire de réclamation au bureau de neultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre brochure sur	es règlements apommuniquant av sureur/dministrateur — Dat iales Jour	pproprié. Vous po vec le promoteur e de naissance r / Mois / Année	ouvez obtenir de votre régime.
Les services d'hye présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co Employeur 2. Vos détails No PARTIE 3 : INFOI 1. SI LE CLIENT Lien de parente avec la personi 2. Les prestations	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance ollectif OU LE PATIENT EST DI é du client ou du patient ne qui réclame	FRE UNE 2 et 3. Fai 2 et 3. Fai 2 es réclama DU RÉG DU RÉG SILIENT/L IFFÉRENT	E RÉCLAMA tes ensuite p ations en cor silME/ABO m de famille E PATIENT Date de naiss Jour / Mois /	ATION Dearvenir le formulaire à l'hygie Validé par le client ou tuteur x ATION Dearvenir le formulaire de réclamation au bureau de sultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre brochure sur les prestation	es règlements apommuniquant av sureur/dministrateur — Dat iales Jour	pproprié. Vous po rec le promoteur e de naissance	ouvez obtenir de votre régime.
Les services d'hysprésent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co Employeur 2. Vos détails No PARTIE 3 : INFOI 1. SI LE CLIENT Lien de parent avec la personi 2. Les prestations collective, un a	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance ollectif OU LE PATIENT EST DI é du client ou du patient ne qui réclame sou les services d'hygièn utre régime dentaire, la	TRE UNE 2 et 3. Fai es réclama DU RÉG SELIENT/L FFÉRENT THE UNE THE AUTHORIT THE A	E RÉCLAM, tes ensuite pations en cor illME/ABO m de famille E PATIENT DE LA PERS Date de naiss Jour / Mois / e sont-ils cour on des accide	Validé par le client ou tuteur x ATION De parvenir le formulaire de réclamation au bureau de neultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre brochure sur	es règlements apommuniquant avon ssureur/dministrateur Dat iales Journ Non ID Cornemental?	pproprié. Vous po vec le promoteur e de naissance r / Mois / Année	ouvez obtenir de votre régime.
Les services d'hye présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co Employeur 2. Vos détails No PARTIE 3 : INFOI 1. SI LE CLIENT Lien de parente avec la persons 2. Les prestations collective, un a Si oui, nommer	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance ollectif OU LE PATIENT EST DI é du client ou du patient ne qui réclame sou les services d'hygièn utre régime dentaire, la l'autre assureur ou régime	TRE UNE 2 et 3. Fai 2 se réclame DU RÉG CLIENT/L IFFÉRENT ne dentaire Commissie	E RÉCLAMA tes ensuite p titions en cor silME/ABO m de famille E PATIENT Date de naiss Jour / Mois / e sont-ils cour on des accide	ATION Dearwenir le formulaire de réclamation au bureau de sultant votre brochure sur les prestations ou en consultant votre brochure sur les prestations ou en consultations o	es règlements appromuniquant av sureur/dministrateur — Dat iales Journal Non ID Cornemental?	pproprié. Vous po pec le promoteur e de naissance r / Mois / Année	ouvez obtenir de votre régime.
Les services d'hysprésent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co Employeur 2. Vos détails No PARTIE 3 : INFOI 1. SI LE CLIENT Lien de parent avec la personi 2. Les prestations collective, un a Si oui, nommer 3. Les traitements	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance ollectif OU LE PATIENT EST DI é du client ou du patient ne qui réclame sou les services d'hygièn utre régime dentaire, la l'autre assureur ou régime s sont-ils requis en raison	TRE UNE 2 et 3. Fai es réclama DU RÉG SELIENT/L FFÉRENT The dentaire Commission of d'un acci	E RÉCLAM, tes ensuite pations en cor illME/ABO m de famille E PATIENT DE LA PERS Date de naiss Jour / Mois / e sont-ils cour on des accide dent? Oui	ATION Dearvenir le formulaire à l'hygie No de division Ou de section Prénom Prénom Init SONNE QUI FAIT LA RÉCLAMATION: S'il est un enfant, indiquer - Handicapé - Oui Année verts par une autre assurance ents de travail, ou un autre régime d'assurance gouve Numéro de police Non Si oui, fournir les détails et la dat	es règlements appromuniquant av sureur/dministrateur — Dat iales Journal Non ID Cornemental?	pproprié. Vous po pec le promoteur e de naissance r / Mois / Année	ouvez obtenir de votre régime.
Les services d'hysprésent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co Employeur 2. Vos détails No PARTIE 3 : INFOI 1. SI LE CLIENT Lien de parent avec la personi 2. Les prestations collective, un a Si oui, nommer 3. Les traitements	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance ollectif OU LE PATIENT EST DI é du client ou du patient ne qui réclame sou les services d'hygièn utre régime dentaire, la l'autre assureur ou régime s sont-ils requis en raison	TRE UNE 2 et 3. Fai es réclama DU RÉG SELIENT/L FFÉRENT The dentaire Commission of d'un acci	E RÉCLAM, tes ensuite pations en cor illME/ABO m de famille E PATIENT DE LA PERS Date de naiss Jour / Mois / e sont-ils cour on des accide dent? Oui	ATION Dearvenir le formulaire à l'hygie No de division Ou de section Prénom Prénom Init SONNE QUI FAIT LA RÉCLAMATION: S'il est un enfant, indiquer - Handicapé - Oui Année verts par une autre assurance ents de travail, ou un autre régime d'assurance gouve Numéro de police Non Si oui, fournir les détails et la dat	es règlements appromuniquant av sureur/dministrateur — Dat iales Journal Non ID Cornemental?	pproprié. Vous po pec le promoteur e de naissance r / Mois / Année	ouvez obtenir de votre régime.
Les services d'hys présent documer J'autorise la com Validé par l'hyg INSTRUCTION Assurez-vous de l'information rela PARTIE 2 : EMPL 1. No de la police ou du régime co du régime co du régime co de l'information rela PARTIE 3 : INFOI 1. SI LE CLIENT Lien de parente avec la personne de la	munication d'information iéniste dentaire x NS POUR SOUMET remplir les sections 1, ative à la soumission de OYÉ/PARTICIPANT d'assurance ollectif de certificat ou d'identificat RMATION SUR LE COULE PATIENT EST DI é du client ou du patient ne qui réclame sou les services d'hygiè utre régime dentaire, la l'autre assureur ou régime son cette demande à l'assure on qui est donnée est vra	TRE UNE 2 et 3. Fai 2 es réclama DU RÉG Button No CLIENT/L IFFÉRENT The dentaire Commission a d'un accionation ou cleur ou l'adr	E RÉCLAMA tes ensuite p ations en cor silME/ABO m de famille E PATIENT Date de naiss Jour / Mois / e sont-ils cour on des accide dent? Oui	ATION Dearvenir le formulaire de réclamation au bureau de suite suite présent formulaire à l'hygie No de division ou de section Arion Prénom Init SONNE QUI FAIT LA RÉCLAMATION: Sance S'îl est un enfant, indiquer - Handicapé - Oui Étudiant - Oui Année Verts par une autre assurance ents de travail, ou un autre régime d'assurance gouve Non Si oui, fournir les détails et la date de det je certifie Arion de le certifie Arion de verte par une de la date de det je certifie Arion de la c	es règlements apprommuniquant av sesureur/dministrateur — Dat iales Journemental?	pproprié. Vous po pec le promoteur e de naissance r / Mois / Année	nuvez obtenir de votre régime.