

Important : Remplir en lettres moulées et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible.

Le présent formulaire permet à UV Assurance de recueillir, auprès d'un dentiste, les renseignements personnels relatifs à la demande de prestations ou plan de traitement pour soins dentaires.

Les renseignements personnels collectés servent à :

- ▶ Procéder à une identification;
- ▶ Établir et mettre à jour les informations ainsi que les besoins de la personne concernée, le cas échéant;
- ▶ Se conformer aux exigences légales et réglementaires, notamment quant aux règles fiscales ainsi que la prévention, la détection et la répression des infractions, des cybermenaces et de la fraude.

Les renseignements divulgués dans ce formulaire seront transmis au personnel de UV Assurance responsable du traitement de la demande, ainsi qu'à toute autre personne autorisée par la loi.

Remarque : À compléter par le dentiste, ainsi que la section D.

1. Prénom _____ Nom _____
2. Adresse _____
- Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

1. Prénom _____ Nom _____
2. Adresse _____
- Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____
3. Téléphone - 4. Numéro de permis _____

☐ Estimation ou plan de traitement (aucune date de traitement ne doit apparaître sur le formulaire.)

Les honoraires ne tiennent pas compte des complications qui peuvent survenir pendant ou après le traitement. Les frais de laboratoire sont approximatifs. Les prestations seront assujetties aux restrictions du régime en vigueur à la date des soins, tel que le montant maximum payable par période prévu au contrat. Cette estimation n'est valide que pour 12 mois.

Date du traitement	Code de l'acte	Numéro de dent	Surface ou sextant	Frais de laboratoire	Honoraires du dentiste	Montant total
_____				_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____				_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____				_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____				_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____				_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____				_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____				_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____				_____ \$	_____ \$	_____ \$
Total des honoraires demandés						_____ \$

1. Dans le cas d'une prothèse, d'une couronne ou d'un pont, est-ce la première pose? ☐ Oui ☐ Non
Si **Non**, indiquez la date de la pose précédente et la raison du remplacement.
Date

A		M		J	

 Raison _____
2. Si un des traitements ci-dessus est requis suite à un accident, indiquez la date et la nature de l'accident.
Date

A		M		J	

 Nature de l'accident _____
3. Est-ce des soins orthodontiques sont requis ? ☐ Oui ☐ Non

Renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes, les complications et les cas spéciaux.

Section C – Information sur l'assuré

Remarque : À compléter par l'assuré

1. Prénom

Nom

2. N° de groupe

N° de certificat

3. S'il s'agit d'une demande de prestations pour une personne à votre charge, indiquez le lien de parenté et sa date de naissance.

☐ Conjoint

☐ Enfant

☐ Étudiant

Date de naissance

A

M

J

4. Des prestations dentaires sont-elles exigibles en vertu d'un autre contrat d'assurance?

☐ Oui

☐ Non

Si **Oui**, indiquez le numéro du contrat et le nom de l'assureur

Section D – Consentement et signatures

En apposant sa signature, le soussigné comprend que dans le cas où l'un des renseignements personnels divulgués dans ce formulaire est inexact, incomplet ou ambigu, l'assuré peut exiger sa rectification en adressant une demande auprès de UV Assurance.

Il a également le droit de demander des informations sur l'utilisation de ses renseignements personnels. De plus, en tout temps, il peut retirer son consentement à la communication ou à l'utilisation de ses renseignements personnels en adressant une demande au Responsable de la protection des renseignements personnels de UV Assurance à l'adresse suivante : 1990, rue Jean-Berchmans-Michaud, Drummondville (QC) J2C 7G7.

Pour plus de détails, veuillez visiter notre site Web et consulter notre **Politique de protection des renseignements personnels**.

Il se peut que les honoraires et les frais indiqués sur ce formulaire ne soient pas couverts par la garantie de l'assuré ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Donc, le soussigné comprend qu'il lui incombe de voir à ce que son dentiste soit intégralement rémunéré pour le traitement rendu. Le soussigné consent à ce que tous les renseignements contenus dans la présente demande soient divulgués à son assureur ou à ses mandataires.

Également, en apposant sa signature au présent formulaire, le soussigné consent à la collecte de ses renseignements personnels afin que UV Assurance évalue la présente demande et puisse communiquer avec les professionnels de la santé visés, notamment dentiste généraliste, dentiste spécialiste, denturologiste ou hygiéniste dentaire strictement nécessaire pour l'analyse de cette réclamation.

Finalement, le soussigné confirme avoir lu et accepté les informations mentionnées au présent formulaire.

Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels des bénéficiaires auprès desquels le soussigné atteste avoir préalablement obtenu le consentement.

Signatures

En apposant sa signature ci-dessous, le soussigné certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques et qu'une photocopie des présentes a la même valeur que l'original.

X

Signature du patient (ou parent / tuteur)

Nom du signataire en lettres moulées

Date

En tant que dentiste, je déclare agir en conformité avec les lois et règlements liés à la protection des renseignements personnels. En apposant ma signature, je confirme l'exactitude des informations fournies. La présente est une déclaration exacte des soins rendus ou à rendre dans le cas d'un plan de traitement et des honoraires demandés sauf erreurs et omissions.

X

Signature du dentiste

Nom du signataire en lettres moulées

Date

C.P. 696, Drummondville (Québec) J2B 6W9 ■ Téléphone : 819 478-1315 ■ Sans frais : 1 800 567-0988 ■ Télécopieur : 819 474-1990

UV Assurance est une marque de commerce déposée de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.

2 / 2

FR-5028A (2026-08)