

# FORMULAIRE D'ADHÉSION

## SOINS DENTAIRES

**Les candidats à l'exercice de la profession ne sont pas admissibles.**

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Prénom :

Nom :

N° CPA du Québec (comprend 6 chiffres et commence par un 4) :

Nouveau membre depuis le :

### COCHEZ LE RÉGIME CHOISI EN ASSURANCE SOINS DENTAIRES - SVP PARAPHEZ PLUS BAS

Notez que les primes sont sujettes à changement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

#### Base

Je comprends que le régime doit être maintenu pour une durée minimale de deux ans, sauf si j'ai accès à un autre régime collectif.

Je comprends également que j'aurai la possibilité d'adhérer au régime complet une fois l'an, soit à l'anniversaire de la police, pour autant que je sois assuré sous le régime intermédiaire ou complet d'assurance soins de santé.

VOS INITIALES ICI : \_\_\_\_\_

#### Complet

Je comprends qu'aucune réduction de protection, ou annulation, ne sera permise pour une durée minimale de deux ans, sauf si j'ai accès à un autre régime collectif.

VOS INITIALES ICI : \_\_\_\_\_

### MODE DE PAIEMENT (même mode de paiement que celui choisi pour les soins de santé)

### AUTORISATION ET SIGNATURE

J'autorise, par la présente, l'assureur désigné par l'Ordre et VIGILIS Solutions Collectives à faire la demande et à échanger des renseignements de nature personnelle, y compris des renseignements d'ordre médical, me concernant ou concernant mon conjoint ou mes enfants, auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de soins de santé ou de services sociaux, d'organismes publics (dans les limites prévues par la loi) et j'autorise ces personnes à fournir lesdits renseignements à l'assureur désigné par l'Ordre et VIGILIS Solutions Collectives dans le cadre des démarches entourant toute réclamation qui pourrait être formulée en mon nom en vertu du présent contrat. J'autorise également l'assureur désigné par l'Ordre et VIGILIS Solutions Collectives à communiquer des renseignements relatifs à ma protection d'assurance à toute autre compagnie d'assurance ou gestionnaire que l'Ordre aurait désigné à cet effet.

Je comprends que, pour pouvoir participer à ce régime, je dois être un membre en règle de l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec.

Signature du membre \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_