

## RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DE LA FONCTION PUBLIQUE AUTORISATION POUR LA PRÉSENTATION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT ET LA CESSION DES PRESTATIONS

### ÉNONCÉ DE LA POLITIQUE

Aux termes du Régime de soins dentaires de la fonction publique (RSDFP), un participant peut céder le paiement d'une ou plusieurs demandes de règlement à son conjoint ou à son conjoint de fait. L'employeur et l'administrateur du régime ont convenu, aux fins de la bonne administration du régime, de permettre au participant d'autoriser son conjoint ou son conjoint de fait à soumettre en son nom des demandes de règlement pour soins dentaires lorsque ces demandes de règlement concernent des soins ou services dentaires prodigués au conjoint, au conjoint de fait ou aux enfants admissibles. De plus, dans les cas où les enfants admissibles du participant sont confiés à une autre personne, le participant peut autoriser cette personne à présenter les demandes de règlement et à recevoir les prestations relatives à des soins ou services dentaires prodigués aux enfants admissibles du participant.

Le participant peut demander que l'autorisation soit annulée en faisant la demande par écrit au gestionnaire du régime.

### AUTORISATION

Par la présente, je soussigné(e) \_\_\_\_\_, donne l'autorisation  
(Nom)  
suivante à titre de participant au Régime de soins dentaires de la fonction publique :

J'autorise \_\_\_\_\_, qui est  
(Nom)

- mon conjoint / ma conjointe,
- mon conjoint de fait / ma conjointe de fait,
- la personne à qui sont confiés mes enfants admissibles,

à soumettre, en mon nom, à La Canada Vie, compagnie d'assurance-vie, l'administrateur du régime, des demandes de règlement pour soins ou services dentaires prodigués à mon conjoint / ma conjointe, à mon conjoint de fait / ma conjointe de fait ou à mes enfants admissibles;

### ET/OU

J'autorise l'administrateur du régime à verser les prestations aux termes du Régime de soins dentaires de la fonction publique concernant les soins et services prodigués à mon conjoint / ma conjointe, à mon conjoint de fait / ma conjointe de fait ou à mes enfants admissibles à

\_\_\_\_\_, qui est  
(Nom)

- mon conjoint / ma conjointe,
- mon conjoint de fait / ma conjointe de fait,
- la personne à qui sont confiés mes enfants admissibles,

(Ajouter le nom et l'adresse à la page 2 du présent document.)

Mes enfants admissibles sont :

1.	_____	_____
	(Nom de l'enfant)	(Date de naissance)
2.	_____	_____
	(Nom de l'enfant)	(Date de naissance)
3.	_____	_____
	(Nom de l'enfant)	(Date de naissance)
4.	_____	_____
	(Nom de l'enfant)	(Date de naissance)

La présente autorisation demeurera en vigueur tant que je ne l'aurai pas résiliée, ce que je peux faire en tout temps en avisant l'administrateur du régime par écrit. Je comprends que dans tous les cas où je cède les prestations au dentiste qui a fourni les soins ou services à mon conjoint / ma conjointe, à mon conjoint de fait / ma conjointe de fait ou à mes enfants admissibles, cette cession a préséance sur la présente autorisation.

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

N° du RSDFP : \_\_\_\_\_ N° de certificat : \_\_\_\_\_

Veillez effectuer le paiement à la personne suivante :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**À noter : Veuillez vous assurer que l'administrateur du régime a l'adresse la plus récente de la personne à qui les prestations ont été cédées.**