

ÉTABLISSEMENT :	# CERTIFICAT :
NOM :	PRÉNOM :
ADRESSE :	
VILLE :	CODE POSTAL :

**FORMULAIRE POUR UNE DEMANDE D'EXEMPTION DES SOINS DENTAIRES
EN RAISON DE PROTHÈSES DOUBLES COMPLÈTES**

(Veuillez cocher selon votre demande)

Par la présente, je demande à être exempté () et/ou que mon conjoint le soit, s'il y a lieu (), du régime des soins dentaires souscrit par mon employeur.

Je déclare que j'ai (ou que mon conjoint a, s'il y a lieu) deux prothèses (dentiers) complètes, supérieure et inférieure. Je comprends que cette exemption est accordée pour une période indéfinie. Je renonce, comme tel, à mon droit d'être assuré ainsi que mes personnes à charge, si l'exemption me concerne. Si l'exemption concerne mon conjoint, je renonce, de la même manière, à mon droit d'assurer cette personne à charge, le tout en vertu du régime des soins dentaires en vigueur. Il est à noter que lors d'un changement de conjoint, la demande d'exemption pour le conjoint pourrait être annulée.

Cette demande doit être remise à votre répondant administratif **avant le 1er février du renouvellement annuel en cours ou dans les 31 jours** de votre adhésion aux régimes du CADRE.

Nom de l'employé :	N.A.S. :
Signature de l'employé :	Date : ____ A __ M __ J
Signature du conjoint :	Date : ____ A __ M __ J
Autorisation de l'employeur:	Date : ____ A __ M __ J