



# RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

## AUTORISATION POUR LE TRANSFERT DE VERSEMENTS

Le présent formulaire dûment rempli doit accompagner la demande de règlement à chaque fois que vous désirez effectuer un transfert de versements.

Par la présente, j'autorise l'administrateur à verser le remboursement des demandes de règlement ci-jointes au montant de \_\_\_\_\_ \$  
à mon époux/conjoint de fait, \_\_\_\_\_  
domicilié à l'adresse suivante :

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

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature du membre)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(N° d'identification du membre)

\_\_\_\_\_  
(N° du régime)