

ALLSTATE INSURANCE COMPANY OF CANADA
Formulaire de demande d'indemnités pour assurance accident avec avenants

Envoyez votre demande par la poste ou par télécopieur à :
Allstate Insurance Company of Canada Home Office
C.P 8100, Succ T, Ottawa, ON K1G3H6

Téléphone 1 844 436-1105 Télécopieur 1 844 436-1107 ou visitez notre site Web au <https://mybenefits.allstatevoluntary.ca/>
Si vous avez des questions concernant les prestations et les documents requis, ou si vous avez besoin d'aide pour votre demande d'indemnités, veuillez communiquer avec notre Centre de service à la clientèle au 1 844 436-1105 ou visiter notre site Web au <https://mybenefits.allstatevoluntary.ca/>

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ASSURÉE/LE PATIENT

NUMÉRO(S) DE LA POLICE : _____ ; _____ ; _____ ; _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ASSURÉE :

Prénom : _____ Initiale : ___ Nom de famille : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

_____ Homme Femme

Adresse postale : Rue : _____ N° d'appartement : _____ **Cochez cette case s'il s'agit d'une nouvelle adresse**

_____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

_____ Numéro de téléphone : (____) _____ Courriel : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT : (si différent)

Prénom : _____ Initiale : ___ Nom de famille : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Homme Femme

Relation avec la personne assurée : Moi-même Conjoint Enfant Autre

DÉTAILS DE LA DEMANDE

Veillez fournir les détails suivants concernant la demande. Ces renseignements sont très importants puisqu'ils fournissent à l'enquêteur les détails précis de votre demande et aident ce dernier à déterminer l'admissibilité aux prestations offertes.

Quels sont vos **diagnostics/problème(s) de santé** pour cette demande (veuillez les énumérer tous) : _____

Votre problème de santé est-il dû à une **blessure accidentelle**? Oui Non Date de l'accident : _____ Heure : _____

Quelle était la nature de l'**accident ou de l'événement**? _____

Quelle était la **blessure**? _____ Côté droit / Côté gauche

Où votre blessure accidentelle s'est-elle produite? _____

Dites-nous exactement **comment** votre blessure accidentelle s'est produite : _____

Avez-vous déjà eu un problème de santé semblable ou similaire? Oui Non Quand? _____

Autres problèmes de santé ayant une incidence sur votre santé : _____

Est-ce qu'un **rapport de police** a été rempli? Oui Non (si oui, veuillez le fournir)

Dans le cas d'un accident de la route, étiez-vous le : Conducteur Passager

Votre problème de santé est-il relié au travail? Oui Non

Avez-vous été hospitalisé à la suite de cette blessure accidentelle? Oui Non Date d'admission : _____ Date de sortie : _____

Date du décès : _____ Cause du décès : _____

N'oubliez pas qu'inscrire dans ce formulaire des faits que vous savez être faux ou omettre des faits que vous savez être pertinents et importants constitue un crime. Veuillez vous assurer que tous les renseignements sont exacts avant de signer.

INSTRUCTIONS POUR DEMANDER LES PRESTATIONS OFFERTES :

- *Les prestations peuvent varier en fonction du produit. De plus, vous n'avez peut-être pas souscrit tous les avenants ou n'avez peut-être pas droit à toutes les prestations qui sont énumérées. Veuillez vous reporter à votre Document de protection et aux avenants pour connaître les prestations particulières auxquelles vous avez droit. Vous trouverez à la page 3 de votre Document de protection les prestations auxquelles vous avez droit.*
- Veuillez sélectionner les **prestations** auxquelles vous estimez avoir droit en fonction de **la blessure accidentelle de la personne couverte** et joignez la **documentation requise**.
- La documentation requise doit inclure le **nom du patient, le diagnostic et les dates des consultations**.
- Si on vous demande de fournir **une facture** comme documentation requise, veuillez demander à votre fournisseur de services : **une facture détaillée**.
- Si des renseignements supplémentaires sont nécessaires, vous en serez avisé.
- Vous devez également signer l'autorisation de divulgation d'information et la soumettre à Allstate Insurance Company of Canada.

NOUVELLE DEMANDE *ou* **DEMANDE EN COURS**

N'oubliez pas qu'inscrire dans ce formulaire des faits que vous savez être faux ou omettre des faits que vous savez être pertinents et importants constitue un crime. Veuillez vous assurer que tous les renseignements sont exacts avant de signer.

ALLSTATE INSURANCE COMPANY OF CANADA
Formulaire de demande d'indemnités et assurance accident avec avenants

NOM DU DEMANDEUR : _____	Date de naissance : ____ / ____ / ____
NUMÉRO(S) DE LA POLICE : _____	Nom du demandeur : _____

INDEMNITÉS D'ACCIDENT ET DOCUMENTATION REQUISE	
<input type="checkbox"/> Première période d'hospitalisation	Facture du patient hospitalisé comprenant les frais de diagnostic et les frais pour chambre et repas ou les sommaires de l'admission et de la sortie
<input type="checkbox"/> Diagnostic de lésion cérébrale	Rapport de tomodensitométrie, d'IRM, d'EEG, de tomographie par émission de positons et de rayons X, ou dossiers médicaux indiquant une commotion cérébrale, une lésion cérébrale, une contusion cérébrale ou une hémorragie intracrânienne.
<input type="checkbox"/> Brûlure	Facture ou dossiers médicaux documentant une brûlure au deuxième ou au troisième degré (les coups de soleil ne sont pas couverts)
<input type="checkbox"/> Chirurgie oculaire	Rapport d'intervention chirurgicale ou dossier médical indiquant une chirurgie oculaire ou le retrait d'un corps étranger
<input type="checkbox"/> Lésion	Facture ou dossier médical indiquant une lacération (coupure profonde)
<input type="checkbox"/> Unité de réadaptation	Facture pour réadaptation du patient hospitalisé suivant immédiatement l'hospitalisation
<input type="checkbox"/> Transport non local	Documentation du transport non local (plus de 80 km) à partir du domicile de la personne couverte lorsqu'un traitement similaire n'est pas offert dans sa région
<input type="checkbox"/> Hébergement pour membre de la famille	Factures pour l'hébergement d'un membre de la famille lorsque la personne couverte est hospitalisée et que le membre de la famille habite à plus de 80 km de l'hôpital
<input type="checkbox"/> Soins de santé à domicile/soins de longue durée (accident seulement)	Factures ou dossiers médicaux documentant les soins de santé à domicile ou le séjour dans un établissement de soins prolongés en raison de blessures subies lors d'un accident couvert
<input type="checkbox"/> Adaptation du domicile/modification du véhicule	Factures ou documentation de modification structurelle permanente à la résidence principale ou au véhicule de la personne couverte avec attestation du médecin indiquant que la modification est nécessaire en raison des blessures subies lors d'un accident couvert.
<input type="checkbox"/> Luxation	Rapport radiologique ou dossiers médicaux indiquant une luxation couverte : <input type="checkbox"/> Articulation de la hanche <input type="checkbox"/> Articulation du genou (à l'exception de la rotule) <input type="checkbox"/> Un ou plusieurs os du pied, à l'exception des orteils <input type="checkbox"/> Articulation de la cheville <input type="checkbox"/> Articulation du poignet <input type="checkbox"/> Articulation du coude <input type="checkbox"/> Articulation de l'épaule <input type="checkbox"/> Un ou plusieurs os de la main, à l'exception des doigts <input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> Deux doigts ou plus <input type="checkbox"/> Deux orteils ou plus <input type="checkbox"/> Un doigt ou un orteil
<input type="checkbox"/> Fracture	Rapport radiologique ou dossiers médicaux indiquant une fracture couverte : <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> Crâne (à l'exception des os du visage et du nez) <input type="checkbox"/> Bassin (à l'exception du coccyx) <input type="checkbox"/> Bras (humérus) <input type="checkbox"/> Omoplate <input type="checkbox"/> Jambe (tibia ou péroné) <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> Genou (rotule) <input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> Avant-bras (radius ou cubitus) <input type="checkbox"/> Pied (à l'exception des orteils) <input type="checkbox"/> Main ou poignet (à l'exception des doigts) <input type="checkbox"/> Maxillaire inférieur (à l'exception du procès alvéolaire) <input type="checkbox"/> Deux côtes, doigts ou orteils, ou plus <input type="checkbox"/> Os du visage ou du nez <input type="checkbox"/> Une côte, un doigt ou un orteil <input type="checkbox"/> Coccyx
<input type="checkbox"/> Mutilation	Rapport d'intervention chirurgicale ou dossiers médicaux indiquant une mutilation couverte : <input type="checkbox"/> Les deux yeux <input type="checkbox"/> Un œil <input type="checkbox"/> Les deux mains ou les deux bras <input type="checkbox"/> Les deux pieds ou les deux jambes <input type="checkbox"/> Une main ou un bras, et un pied ou une jambe <input type="checkbox"/> Une main ou un bras <input type="checkbox"/> Un pied ou une jambe <input type="checkbox"/> Un orteil entier ou plus <input type="checkbox"/> Un doigt entier ou plus
<input type="checkbox"/> Perte fonctionnelle	Documentation de la perte complète de l'ouïe et (ou) de la parole
<input type="checkbox"/> Paralysie	Documentation de la perte complète et permanente (paralysie) de deux ou plusieurs membres
<input type="checkbox"/> Décès accidentel	<input type="checkbox"/> Demande / Formulaire de demande rempli <input type="checkbox"/> Copie certifiée du certificat de décès
<input type="checkbox"/> Décès accidentel en transport public	Le cas échéant, nous pourrions aussi exiger : <input type="checkbox"/> Le rapport d'accident <input type="checkbox"/> Le rapport d'autopsie <input type="checkbox"/> Le rapport de toxicologie Si des renseignements supplémentaires sont nécessaires, vous en serez avisé.
<input type="checkbox"/> Améliorations au régime d'assurance vie – Coussin gonflable	Preuve attestant que le décès, la mutilation ou la perte fonctionnelle de la personne couverte découle d'une blessure subie pendant un déplacement en automobile avec coussin gonflable pour le siège de la personne couverte.
<input type="checkbox"/> Améliorations au régime d'assurance vie – Piraterie routière	Preuve attestant que le décès, la mutilation ou la perte fonctionnelle de la personne couverte découle d'une blessure subie en raison d'une piraterie routière pendant que la personne couverte conduisait le véhicule ou était passager. La piraterie routière doit figurer dans le rapport officiel ou être confirmée, par écrit, par le ou les enquêteurs.

N'oubliez pas qu'inscrire dans ce formulaire des faits que vous savez être faux ou omettre des faits que vous savez être pertinents et importants constitue un crime. Veuillez vous assurer que tous les renseignements sont exacts avant de signer.

INDEMNITÉS D'ACCIDENT ET DOCUMENTATION REQUISE	
<input type="checkbox"/> Améliorations au régime d'assurance vie – Membre d'une équipe d'intervention en cas d'urgence ou de catastrophe	Preuve attestant que le décès, la mutilation ou la perte fonctionnelle de la personne couverte découle d'une blessure subie pendant qu'elle travaillait pour le titulaire de la police et qu'elle participait comme membre d'une équipe d'intervention en cas d'urgence ou de catastrophe
<input type="checkbox"/> Améliorations au régime d'assurance vie – Frais de rapatriement	Preuve que le décès de la personne couverte découle d'une blessure survenue à au moins 120 km de sa résidence principale, et preuve de préparation du corps et de son transport à la morgue.
<input type="checkbox"/> Améliorations au régime d'assurance vie – Ceinture de sécurité	Preuve attestant que le décès, la mutilation ou la perte fonctionnelle de la personne couverte découle d'une blessure subie pendant un déplacement en automobile et que la personne portait correctement une ceinture de sécurité, comme défini dans le Document de couverture.
<input type="checkbox"/> Améliorations au régime d'assurance vie – Agression au travail	Preuve attestant que le décès, la mutilation ou la perte fonctionnelle de la personne couverte ou du conjoint de la personne couverte découle d'une blessure causée par une agression criminelle commise par une autre personne causant des lésions corporelles pendant que la personne couverte ou son conjoint accomplissait les tâches habituelles au lieu de travail ou à d'autres endroits assignés par l'employeur.

N'oubliez pas qu'inscrire dans ce formulaire des faits que vous savez être faux ou omettre des faits que vous savez être pertinents et importants constitue un crime. Veuillez vous assurer que tous les renseignements sont exacts avant de signer.

ALLSTATE INSURANCE COMPANY OF CANADA
Formulaire de demande d'indemnités pour assurance accident avec avenants

NOM DU DEMANDEUR : _____	Date de naissance : ____ / ____ / ____
NUMÉRO(S) DE LA POLICE : _____	Nom du demandeur : _____

INDEMNITÉS D'ACCIDENT ET DOCUMENTATION REQUISE (suite)

<input type="checkbox"/> Améliorations au régime d'assurance vie – Frais de garderie	Preuve attestant que le décès de l'assuré couvert ou du conjoint de l'assuré couvert découle d'une blessure accidentelle couverte, que l'assuré ou le conjoint a un enfant à charge âgé de moins de 13 ans qui est couvert en vertu du Certificat à la date de l'accident couvert, et que l'enfant couvert est inscrit auprès d'un fournisseur de services de garde accrédité dans les 60 jours suivant l'accident causant le décès, et que les dépenses ont été engagées à la suite du décès. Le fournisseur ne peut être un membre de la famille immédiate.
<input type="checkbox"/> Améliorations au régime d'assurance vie – Frais d'éducation ou de formation du conjoint	Preuve des frais de formation engagés par le conjoint si le décès découle d'une blessure accidentelle et que dans les 180 jours de la date de l'accident, le conjoint s'inscrit à titre d'étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé ou un établissement de formation professionnelle destiné à le préparer à occuper un emploi à temps plein.

FOURNISSEURS : Veuillez énumérer tous les fournisseurs de services que vous avez consultés au cours des deux dernières années, y compris les fournisseurs qui vous traitent pour ce problème de santé.

1.	Nom du médecin traitant : _____	Adresse : _____	Numéro de téléphone : _____
	Spécialité : _____	Dates des consultations : _____	Raison de la consultation / du problème de santé : _____
2.	Nom du médecin primaire : _____	Adresse : _____	Numéro de téléphone : _____
	Spécialité : _____	Dates des consultations : _____	Raison de la consultation / du problème de santé : _____
3.	Nom de l'autre médecin / du spécialiste : _____	Adresse : _____	Numéro de téléphone : _____
	Spécialité : _____	Dates des consultations : _____	Raison de la consultation / du problème de santé : _____
4.	Nom de l'hôpital : _____	Adresse : _____	Numéro de téléphone : _____
	Dates de l'hospitalisation : _____	Raison de l'hospitalisation / du problème de santé : _____	

CESSION DES PRESTATIONS

Je demande à Allstate Insurance Company of Canada de remettre mes prestations à une personne autre que moi. Veuillez envoyer les prestations disponibles au nom et à l'adresse indiqués ci-dessous.

Nom _____	Adresse _____		
Numéro d'identification aux fins de l'impôt du fournisseur _____	Ville _____	Province _____	Code postal _____
Relation _____	Signature du titulaire de la police _____		Date _____

IMPORTANT : Pour éviter tout retard, veuillez signer l'autorisation ci-dessous.

J'autorise tout médecin, médecin praticien, hôpital, clinique ou tout autre établissement de soins de santé, toute société d'assurance, tout régime provincial d'assurance-maladie, tout ministère ou organisme gouvernemental, ou toute autre personne ou organisation détenant des renseignements ou des dossiers sur moi ou mon état de santé à communiquer à Allstate Insurance Company of Canada (AICC), ses administrateurs autorisés de régimes d'assurance, ses représentants ou ses producteurs tout renseignement relatif à ma demande. Toute copie de cette autorisation a la même valeur que l'original. La présente autorisation s'étend à toute personne à charge pour laquelle une assurance est demandée et je confirme que je suis autorisé(e) à agir au nom de la personne à ma charge. Cette autorisation demeure valide tant et aussi longtemps que je touche des prestations, ou jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Je (ou mon représentant) peux recevoir une copie de cette autorisation en fournissant les numéros de certificat et le nom de l'assuré dans une demande écrite envoyée à la Société.

Les demandes soumises au nom des personnes à charge de plus de 18 ans nécessitent une autorisation signée par la personne à charge.
 J'atteste que les réponses fournies dans la présente demande sont véridiques, complètes et correctement consignées.

Signer ici _____ Date : _____ **Cocher cette case s'il s'agit d'une nouvelle adresse**
 Demandeur

Adresse postale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

N'oubliez pas qu'inscrire dans ce formulaire des faits que vous savez être faux ou omettre des faits que vous savez être pertinents et importants constitue un crime. Veuillez vous assurer que tous les renseignements sont exacts avant de signer.