



ALLSTATE INSURANCE COMPANY OF CANADA
SIÈGE SOCIAL : MARKHAM, ONTARIO
Administrateur : Allstate Benefits
C.P. 8100, Succ T
Ottawa, ON K1G 3H6

FORMULAIRE DE DEMANDE D'APPEL
Veillez utiliser ce formulaire pour faire appel d'un refus.

Nom de la personne assurée _____ Numéro de certificat _____

Nom du représentant qui fait appel, s'il est différent du nom ci-dessus _____

Numéro et rue _____ Numéro de téléphone _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Type de refus : Refus de la demande d'indemnités Refus d'un service Autre

Pour quelle décision faites-vous appel? _____

(Expliquez ce que vous souhaitez que nous indemnisions)

Expliquez pourquoi vous croyez que la demande d'indemnités ou le service devrait être couvert : _____

(Au besoin, joindre des feuilles supplémentaires.)

Si vous avez des questions concernant le processus d'appel ou si vous avez besoin d'aide dans la préparation de votre appel, vous pouvez communiquer avec Allstate Benefits au 1-844-436-1105.

Veillez soumettre votre formulaire à :
Service des demandes d'indemnités collectives
Allstate Benefits
C.P. 8100, Succ T
Ottawa, ON K1G 3H6

Veillez vous assurer de joindre aux présentes tout document qui indique selon vous pourquoi Allstate Benefits devrait accepter votre demande d'indemnités, notamment : **Dossiers médicaux**
 Documentation à l'appui (lettre de votre médecin, brochures, notes, reçus, etc.). **MERCI!**

Signature de la personne assurée ou du représentant autorisé _____

Date _____

VOIR L'AUTORISATION À LA PAGE 2.

Allstate Benefits est une marque de commerce d'Allstate Insurance Company, utilisée sous licence par Allstate Insurance Company of Canada
(Siège social : Markham, Ontario).

Tous les produits sont souscrits par Allstate Insurance Company of Canada.

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

J'autorise par les présentes tout médecin autorisé, médecin praticien, hôpital, toute clinique, ou tout autre établissement de soins de santé, toute société d'assurance ou autre organisation, institution ou personne détenant des renseignements ou des dossiers sur moi (ou sur mes personnes à charge) à transmettre ces renseignements à Allstate Insurance Company of Canada ou à son délégué. Cette autorisation est valide pour une période de 24 mois à compter de la date de sa signature. Je comprends que je peux révoquer cette autorisation en tout temps en avisant par écrit Allstate Insurance Company of Canada de mon intention de la révoquer. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original, peu importe la date de sa signature. Je comprends que je peux, ainsi que mon représentant, recevoir une copie de cette autorisation en en faisant la demande par écrit à la Société et en fournissant les numéro de police et le nom de la personne assurée.

Signer ici _____ Date : _____
Demandeur

Cocher cette case s'il s'agit d'une nouvelle adresse

Nom et numéro de rue : _____ Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Numéro de téléphone (____) _____