



ASSURANCE COLLECTIVE CONTRE LES MALADIES GRAVES FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNITÉS ET INSTRUCTIONS

Si vous avez des questions concernant les prestations offertes, ou la façon de soumettre votre demande d'indemnités, ou encore si vous souhaitez faire appel quant à une décision, veuillez communiquer avec le Service des demandes d'indemnités collectives au 1-844-436-1105, de 8 h à 20 h, heure de l'Est, ou à l'adresse <http://mybenefits.allstatevoluntary.ca/>.

La fourniture de ce formulaire ou l'acceptation de ce formulaire par la Société en tant que preuve ne peuvent être interprétées comme une admission de responsabilité de la part de la Société, ni comme une renonciation à une quelconque condition du contrat d'assurance.

- Afin d'éviter un retard de traitement, veuillez remplir les sections qui s'appliquent précisément à votre demande d'indemnités.
- Veuillez indiquer votre numéro de certificat. Pour obtenir votre numéro de certificat, vous pouvez appeler au 1-844-436-1105.
- Vous pouvez nous envoyer votre demande d'indemnités par télécopieur au 1-844-436-1107, ou numériser votre demande d'indemnités et l'envoyer par voie électronique sur <http://mybenefits.allstatevoluntary.ca/>.

- Vous pouvez également envoyer votre demande d'indemnités par la poste à :
**Demandes d'indemnités collectives
Allstate Benefits,
C.P. 8100, Succ. T
Ottawa, ON K1G 3H6**

- D'autres formulaires de demande d'indemnités sont accessibles sur notre site Web à l'adresse <https://mybenefits.allstatevoluntary.ca/>.

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ASSURÉE ET LE PATIENT

1. Nom de la personne assurée :

Prénom : _____ Second prénom : _____ Nom de famille : _____

Courriel : _____ Numéro de certificat : _____

Date de naissance : _____ Homme Femme

2. Numéro de téléphone pendant la journée : _____ Numéro de téléphone en soirée/cellulaire : _____

3. Nom de l'employeur : _____ Profession : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

4. Nom : Prénom : _____ Second prénom : _____ Nom de famille : _____

5. Date de naissance : _____ Âge : _____ Homme Femme

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR UNE DEMANDE D'INDEMNITÉS POUR UNE MALADIE GRAVE :

- Votre demande d'indemnités doit être accompagnée du prélèvement tissulaire, de la culture, des titres des anticorps ou de toute autre analyse diagnostique qui a initialement permis de diagnostiquer la maladie grave. Veuillez joindre une copie de votre déclaration du médecin traitant.
- Pour une exonération de primes, veuillez demander à votre médecin traitant de remplir la section à la page 3 de 3.

*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.
Assurez-vous que tous les renseignements sont exacts avant de signer.*

VEUILLEZ COCHER LA OU LES CASES QUI DÉCRIVENT LE MIEUX VOTRE DEMANDE D'INDEMNITÉS

Vous trouverez ci-dessous les prestations offertes en vertu de votre police d'assurance maladies graves collective. Veuillez cocher les cases des prestations qui sont, selon vous, dues en raison de votre problème de santé. Vous devez joindre de la documentation sur votre problème de santé tirée de votre dossier médical.

PRESTATIONS POUR MALADIE GRAVE (veuillez cocher la maladie pour laquelle vous demandez des prestations.)

Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Documentation tirée du dossier médical, par un psychiatre ou neurologue
Tumeur cérébrale bénigne	<input type="checkbox"/>	Rapport de pathologie
Carcinome in situ	<input type="checkbox"/>	Rapport de pathologie
Cancer invasif	<input type="checkbox"/>	Rapport de pathologie
Coma	<input type="checkbox"/>	Documentation médicale démontrant une perte de conscience pendant une période continue d'au moins 14 jours
Surdité	<input type="checkbox"/>	Documentation médicale indiquant un diagnostic de perte totale de l'ouïe dans les deux oreilles
Cécité	<input type="checkbox"/>	Documentation médicale d'un ophtalmologiste montrant une perte permanente de la vue, avec un champ visuel inférieur à 20 degrés ou une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux
Pontage aortocoronarien	<input type="checkbox"/>	Dossier médical ou preuve de facturation pour la procédure
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	Documentation tirée du dossier médical montrant l'insuffisance des deux reins et une preuve de dialyse ou de transplantation
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	Preuve par électrocardiogramme et rapports de laboratoire montrant une élévation des marqueurs biochimiques cardiaques
Paralysie	<input type="checkbox"/>	Documentation médical indiquant un diagnostic de perte des fonctions musculaires d'au moins deux membres non sectionnés
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	Documentation médical d'un neurologue montrant une incapacité à accomplir au moins deux activités de la vie quotidienne
Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	Documentation tirée du dossier médical montrant un déficit neurologique permanent
Défaillance d'un organe vital (� la suite ou en attente d'une greffe)	<input type="checkbox"/>	Preuve de facturation pour la procédure ou preuve d'inscription sur la liste d'attente d'un centre de transplantation
Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	Documentation tirée du dossier médical indiquant un diagnostic de sclérose en plaques
Chirurgie de l'aorte	<input type="checkbox"/>	Dossier médical ou preuve de facturation pour la procédure
Brûlures graves	<input type="checkbox"/>	Documentation médical indiquant un diagnostic de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % du corps
Perte de la parole	<input type="checkbox"/>	Documentation médical indiquant un diagnostic de perte totale de l'usage de la parole
Sclérose latérale amyotrophique (SLA)	<input type="checkbox"/>	Documentation tirée du dossier médical indiquant un diagnostic de SLA

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 du Canada, compagnie d'assurance (ACCA), 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 demand e et je confirme que je suis autorisé(e)   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.

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

Demandeur

Adresse postale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____ Numéro de téléphone : _____

SIGNEZ CETTE PARTIE UNIQUEMENT SI VOUS SOUHAITEZ CÉDER VOS PRESTATIONS À UN FOURNISSEUR OU À UN ÉTABLISSEMENT.

Je demande à Allstate du Canada, compagnie d'assurance 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	Relation
Numéro d'identification du fournisseur ou de l'établissement	Adresse
	Ville, province, code postal
Signature de la personne assurée	Date

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom du patient : _____ Âge : _____

1. Diagnostic : _____

2. À quel moment l'accident est-il survenu, ou les symptômes sont-ils apparus? Date : _____

3. À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour ce problème de santé? Date : _____

4. Est-ce que le patient a déjà eu un problème de santé similaire ou identique? (Si oui, veuillez indiquer quand, et le décrire.) Oui Non

5. Décrivez toute autre maladie ou invalidité ayant une incidence sur le problème de santé en question. _____

6. Nature de l'intervention chirurgicale ou obstétricale, le cas échéant (décrire entièrement). _____

7. Si le patient est hospitalisé, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'hôpital.
Hôpital : _____ Ville : _____ Province : _____

8. Date d'admission : _____ Date de sortie : _____

EXONÉRATION DE PRIMES (*Remplir cette section, le cas échéant.*)

9. Le patient est-il incapable d'accomplir les tâches de son emploi? Oui Non Si oui, à partir du _____ jusqu'au _____

10. Quelles tâches le patient est-il incapable d'accomplir, précisément? _____

11. RESTRICTIONS particulières (Ce que le patient ne devrait pas faire, et pourquoi). Veuillez quantifier en heures, poids, etc. _____

12. CONTRAINTES particulières (Ce que le patient ne peut pas faire, et pourquoi). _____

13. S'il est à la retraite ou sans emploi, quelles activités de la vie quotidienne (AVQ) le patient est-il incapable d'accomplir? _____

14. Date de votre dernier examen du patient : _____ Fréquence des visites : hebdomadaires mensuelles autre _____

15. Le patient est-il : ambulatoire confiné au lit confiné à la maison autre _____

16. Quand croyez-vous que le patient sera en mesure d'effectuer une partie de ses tâches? _____ L'ensemble de ses tâches? _____

17. Si le patient est à la retraite ou sans emploi, à quelle date vous attendriez-vous à ce qu'une personne de cet âge, de ce sexe et en bonne santé reprenne ses activités habituelles et nécessaires? _____

VÉRIFICATION DU MÉDECIN

Signé : _____, MD Date : _____ Téléphone : _____

Adresse municipale : _____

Ville : _____ État ou province : _____ Code postal : _____

ADMINISTRATION DES DEMANDES D'INDEMNITÉS – FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT

TYPE D'OPÉRATION : Nouvelle demande Annulation Modification de l'institution financière Modification du numéro de compte

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

Nom de la personnes assurée : _____ Téléphone : _____

Numéro de certificat : _____ Courriel : _____

INSTITUTION FINANCIÈRE

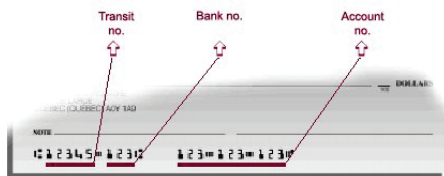
Nom de l'institution financière : _____ Compte chèques Compte d'épargne

Adresse de l'institution financière : _____

Numéro de compte : _____ *Numéro d'acheminement électronique de la succursale : _____

* Certaines banques utilisent un numéro d'acheminement distinct pour les dépôts électroniques ACH. Veuillez vérifier le numéro d'acheminement auprès de votre banque.

Remarque : Nous n'acceptons que des comptes de banques canadiennes.



AUTORISATION ET SIGNATURE

J'autorise Allstate du Canada, compagnie d'assurance (ACCA), à procéder aux inscriptions de crédit dans le compte dont le numéro est susmentionné pour le paiement des indemnités relatives à tous mes certificats d'ACCA (sauf en cas de cession des prestations). Je comprends qu'ACCA effectuera tout ajustement, y compris tout crédit ou débit sur le compte, en vue seulement de régler le paiement des indemnités dues au titulaire du compte ou à ACCA. Sous réserve des lois locales, ACCA se réserve le droit de recouvrer toute inscription de crédit à mon compte effectuée par erreur.

La signature de la présente Autorisation permettra à ACCA de déposer les paiements d'indemnités pour tous les certificats admissibles souscrits par ACCA.

Bien que mon mode de paiement privilégié soit le dépôt direct (transfert électronique de fonds), il peut arriver que, dans certaines situations, le paiement doive être effectué au moyen d'un chèque papier plutôt que d'un dépôt direct. Je comprends que lorsque je fais affaire avec ACCA, ses sociétés affiliées, sa société mère ou ses filiales, ACCA peut utiliser les documents électroniques, les divulgations et les signatures électroniques. Cette autorisation restera pleinement en vigueur jusqu'à ce qu'ACCA reçoive un avis écrit la révoquant. Les renseignements sur l'institution financière fournis ci-dessus sont complets et exacts et sont ceux du titulaire de certificat au dossier (sauf si le titulaire du certificat est frappé d'incapacité ou décédé). En cas de modifications aux renseignements sur mon institution financière ou mon compte, je comprends que je dois aviser immédiatement ACCA en faisant parvenir un avis écrit à l'adresse indiquée ci-dessous.

Signé : _____ Date : _____

Envoyez le formulaire d'autorisation rempli et signé avec votre demande d'indemnités ou de l'une des façons suivantes :

Par télécopieur : 1-844-436-1107

OU

Par la poste : Demandes d'indemnités collectives

Allstate Benefits

C.P. 8100, Succ T

Ottawa, ON K1G 3H6

Pour toute question, vous pouvez communiquer avec nous au 1-844-436-1105.

AICC16661FR