



Veuillez envoyer les formulaires dûment remplis et la documentation à:

Adventist Risk Management®, Inc.

12501 Old Columbia Pike

Silver Spring, MD 20904-6600

Tél: (301) 680-6870 Fax: (301) 680-6878 EMAIL: [claims@adventistrisk.org](mailto:claims@adventistrisk.org)

## FORMULAIRE AVIS DE DÉCÈS

Fond International de Garantie de Prestations au Survivant (ISBF en Anglais)

Le fait de remplir ce formulaire et d'examiner la demande ne doit pas être interprété comme un aveu de responsabilité de la part de la compagnie pour cette demande ou toutes autres ou comme une renonciation aux conditions du contrat d'assurance par Adventist Risk Management®, Inc.

### À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Adventist Risk Management®, Inc. Fond d'Allocations internationale pour le Survivant #6105AFD			Adresse: 12501 Old Columbia Pike, Silver Spring, MD 20904	
Nom de la Division			Nom de l'Organisme Employeur	
Nom en toutes lettres du Représentant de l'Employeur Autorisé			Signature du Représentant de l'Employeur	Titre
NOM DE L'EMPLOYÉ(E)	Nom	Prénom	Initiales-2nd Prénom	Date de Naissance (jj/mm/aa)
Date d'embauche (jj/mm/aa)		Date d'entrée en vigueur des allocations		Dernier Jour de Travail (jj/mm/aa)
Salaire Annuel		Changement dans la Date des allocations: De (montant): À(montant):		Montant des allocations pour l'employé(e): USD: Montant des allocations pour le/la conjoint(e): USD:
Nom du/de la DÉFUNT(E)	Nom	Prénom	Initiales-2nd Prénom	Qui est décédé? <input type="radio"/> Employé(e) <input type="radio"/> Conjoint(e) Date du Décès (jj/mm/aa)
Cause du Décès (Veuillez attacher le certificat de décès– original uniquement)				Occupation de l'Employé(e) Temps Plein <input type="radio"/> Temps de Travail Hebdomadaire Temps Partiel <input type="radio"/> _____

Nom du (des) Bénéficiaire(s)	Relation avec le Défunt	Date de Naissance	Signature du Bénéficiaire	Adresse
	<b>Conjoint(e)</b>			

Si les bénéficiaires sont mineurs et le/la Conjoint(e) n'est pas un(e), veuillez attacher les papiers de la garde légale désignée par le Tribunal. Pour les enfants mineurs, veuillez attacher également les copies des actes de naissance.

Veuillez écrire au dos de ce formulaire toute information additionnelle qui serait nécessaire pour le bénéficiaire

Le soussigné adresse une demande à la société Adventist Risk Management par la présente et convient que les déclarations par écrit et les attestations de tous les médecins qui ont soigné l'assuré(e), et tout autre papier demandé constituent et font partie, par la présente, des Preuves de Décès et l'assuré(e) convient également qu'Adventist Risk Management remplisse ce formulaire et toute autre formulaire supplémentaire ne constitue en rien ni un aveu qu'il y avait des prestations liées à la vie en question ni une renonciation à ses droits et défenses.

Le soussigné autorise par la présente tous les médecins, hôpitaux, pharmaciens et employeurs de révéler à la société Adventist Risk Management ou à leurs représentants, toute information concernant les antécédents médicaux, les consultations ou les traitements et des copies du dossier médical de \_\_\_\_\_, décédé.

Je comprends que cette autorisation est valide pour la durée de la demande et qu'une photocopie de celle-ci doit être considérée aussi valide que l'original. Je comprends que moi-même ou mon représentant autorisé puisse demander une copie de cette autorisation. Je certifie par la présente que les renseignements fournis ci-dessus sont, à ma connaissance, exacts et complets

Signé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Témoin \_\_\_\_\_  
par Principal Bénéficiaire (ou le Gardien Légal)

(Les prestations ne sont payables qu'au(x) bénéficiaire(s) dont le(s) nom(s) est/sont listé(s) sur cette demande, ou dont le(s) nom(s) a/ont été ajouté(s) avec la signature de l'employé(e). Veuillez joindre une copie de la demande signée par l'employé(e)).

NUMÉRO DE LA DEMANDE

EXPERT EN SINISTRES

DATE