



Assurance-vie mondiale de base

Formulaire GBG de demande de règlement pour un décès

Adventist Risk Management, Inc.

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

TÉLÉPHONE : 1 (888) 951-4ARM (4276) | FAX : (301) 680-6878

COURRIEL : claims@adventistrisk.org

Comment déposer une demande de règlement

1. Remplissez tous les volets du formulaire de la demande de règlement. Veuillez inclure :
 - La cause médicale de la mort.
 - La signature du bénéficiaire principal.
 - Les dates de naissance de tous les bénéficiaires listés.
 - Le nom de l'organisation employeuse.
 - Le nom, la signature et le poste du représentant de l'employeur.
2. Joignez les documents suivants :
 - Une copie du formulaire d'inscription des bénéficiaires.
 - Trois bulletins de paie consécutifs récents de l'employé.
 - Le certificat de décès.
 - Les déclarations sous serment des parents des bénéficiaires de moins de 18 ans.
 - Les copies des certificats de naissance des bénéficiaires de moins de 18 ans.
3. Envoyez le formulaire de demande de règlement rempli et signé, accompagné de tous les documents requis à :

Adventist Risk Management, Inc.

Claims and Legal Services

12501 Old Columbia Pike, Silver Spring, MD 20904

Courriel : claims@adventistrisk.org

Téléphone : 1 (888) 951-4ARM (4276)

Fax : (301) 680-6878

4. Conservez une copie des documents envoyés dans vos archives personnelles.

La police contient des dispositions, limitations et exclusions. La décision finale de régler ou de refuser toute demande de règlement appartient à la compagnie d'assurance GBG.

UN EXPERT EN SINISTRES VOUS CONTACTERA DANS LE CAS OÙ DES RENSEIGNEMENTS OU DES DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES SERAIENT NÉCESSAIRES.



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR UN DÉCÈS

Corporation de la Conférence générale adventiste du septième jour – Police N° LIS-6497

Veuillez envoyer les formulaires remplis et les pièces justificatives à :

Adventist Risk Management, Inc.

12,501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

BUREAUX : 1 (888) 951-4ARM - **FAX:** (301) 680-6878

COURRIEL : claims@adventistrisk.org



La remise de ce formulaire ou l'examen de la demande de règlement n'oblige en aucun cas Adventist Risk Management, Inc. à reconnaître la validité de la demande ou à renoncer par écrit aux conséquences de tout manquement aux conditions de l'entente-cadre.

À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Adventist Risk Management, Inc. Assurance vie mondiale de base		Adresse : 12,501 Old Columbia Pike, Silver Spring, MD 20904		
Nom de la division		Nom de l'organisation employeuse		
Nom du représentant légal de l'employeur (en lettres capitales)		Signature du représentant de l'employeur		Poste
NOM DE L'EMPLOYÉ : Nom Prénom Initiale du 2 ^d prénom		Date de naissance (jj/mm/aa)		Lieu de naissance
Date d'embauche (jj/mm/aa)	Numéro de sécurité sociale ou d'identification :		Dernière journée travaillée (jj/mm/aa)	Date de cessation d'emploi
Entrée en vigueur de la couverture (jj/mm/aa)	Lieu du décès		Montant garanti pour l'employé : USD : Montant garanti pour le conjoint : USD :	
Nom de la personne DÉFUNTE Nom Prénom Initiale 2 ^d prénom		Personne décédée ? <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Conjoint		Date de décès (jj/mm/aa)
Cause du décès (joindre le certificat de décès)		Profession de l'employé		Plein temps <input type="checkbox"/> Heures/semaine Temps partiel _____
Nom du ou des bénéficiaires		Lien avec la personne décédée	Date de naissance (jj/mm/aa)	Signature du bénéficiaire
		Conjoint		
Si le ou les bénéficiaires sont mineurs et que le conjoint survivant n'est pas bénéficiaire, joindre les documents juridiques concernant la tutelle des enfants. Joindre un extrait d'acte de naissance de chaque mineur.				
Le cas échéant, utilisez le verso de ce formulaire pour continuer la liste des bénéficiaires.				

Je soussigné adresse cette demande à Global Benefits Group et conviens que les déclarations écrites et les attestations sur l'honneur de tous les médecins qui ont assisté ou traité l'assuré, et que tous autres documents demandés constituent, et font par la présente partie des documents probants du décès, et je conviens en outre que la remise de ce formulaire, ou de tout autre formulaire complémentaire, par Adventist Risk Management, Inc. ne constitue ni ne doit être considérée comme la reconnaissance par ce dernier de l'existence de garantie sur la vie de la personne en question, ni une renonciation à ses droits ou à ses moyens de défense.

Je soussigné autorise par la présente tous les médecins, hôpitaux, pharmaciens et employeurs à fournir à Adventist Risk Management, Inc. ou à son représentant, toute information concernant les antécédents médicaux, les consultations, les prescriptions ou traitements, et les copies de tous les dossiers médicaux de la personne défunte

Je comprends que cette autorisation restera valable pendant toute la durée de ce règlement et que toute photocopie de cette autorisation doit être considérée comme aussi valide que l'original. Je comprends que, moi ou mon représentant légal, pourrions demander une copie de cette autorisation. J'atteste qu'au mieux de ma connaissance, les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et exacts.

Signature _____ Date _____ Témoin _____
Premier bénéficiaire (ou tuteur légal)

(Les prestations ne sont payables qu'aux bénéficiaires dont les noms figurent sur la demande de souscription, ou dont les noms ont été ajoutés à la liste par l'employé, comme en atteste la signature de ce dernier. Joindre une copie de la demande signée par l'employé.)

NUMÉRO DE LA DEMANDE	EXAMINATEUR DE LA DEMANDE	DATE