

L'AMÉRICAINNE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE ET REVENU/American Income Life Insurance Company
C.P. 2608 • Waco, Texas 76797/P.O. Box 2608 • Waco, Texas 76797

- Les formulaires de demande de prestations doivent être remplis par la PERSONNE ASSURÉE, par la ou le MÉDECIN et, dans les seuls cas d'invalidité, par l'EMPLOYEUR.
Claim Form Must Be Completed By INSURED, DOCTOR, and for disability claims only, the EMPLOYER.
- Les réclamations doivent être accompagnées de comptes détaillés du médecin et de l'hôpital.
Mail With The Claim Form All Itemized Doctor and Hospital Bills.
- Ne comptez pas sur la ou le médecin pour poster votre formulaire. Postez-le vous-même.
Mail The Form In Yourself. Do Not Leave It For The Doctor To Mail.

PARTIE A/PART A DÉCLARATION DE LA OU DU PRESTATAIRE - À ÊTRE REMPLIE POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS CLAIMANT'S STATEMENT - TO BE COMPLETED ON ALL CLAIMS					
Numéro des polices <i>Policy Numbers</i>					
Nom de la personne assurée/ <i>Policyowner's name</i>			Adresse de la personne assurée/ <i>Policyowner's address</i>		
Nom de l'employeur de la personne assurée/ <i>Policyowner's employer</i>					
Syndicat et section locale de la personne assurée/ <i>Policyowner's union and local</i>			Profession de la personne assurée/ <i>Policyowner's occupation</i>		
Nom de la patiente ou de patient/ <i>Patient's name</i>			Nom des autres compagnies d'assurance qui couvrent cette réclamation <i>Names of other insurance companies which cover this claim</i>		
Date de naissance de la patiente ou du patient/ <i>Patient's birth date</i>	Lien de parenté avec la personne assurée <i>Relation to policyowner</i>				
Inscrire le nom et l'adresse des médecins consultés suite à cet accident ou à cette maladie ainsi que les dates de traitement. <i>List the names and addresses of doctors consulted for this accident or sickness and dates of treatment.</i>					
MÉDECIN/DOCTOR	ADRESSE/ADDRESS		DATES/DATES		
Dans les cas d'hospitalisation, inscrire le nom et l'adresse des hôpitaux ainsi que les dates d'hospitalisation. <i>If hospitalized, name and address of hospitals and dates of confinement.</i>					
HÔPITAL/HOSPITAL	ADRESSE/ADDRESS		DATES/DATES		
Date où les symptômes sont apparus pour la première fois <i>Date that symptoms first appeared</i>			Date où la ou le médecin vous a traité (e) pour la première fois <i>Date of first treatment by doctor</i>		
Nature de la maladie ou de l'accident/ <i>Nature of sickness or accident</i>			S'il agit d'un accident, comment est-ce arrivé/ <i>If an accident how did it happen?</i>	Date de l'accident <i>Date of accident</i>	
Avez-vous déjà eu des symptômes relatifs à cet état de santé/ <i>Have you ever had symptoms of this condition before?</i> <input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No Quand/When?					
Date à laquelle vous avez dû quitter votre travail <i>Date required to give up work</i>			Date de retour a travail <i>Date returned to work</i>		
Indiquer les maladies ou lésions qui ont nécessité un traitement au cours des cinq dernières années. <i>List all sickness or injuries for which treatment was required in the past five years</i>					
ÉTAT DE SANTÉ <i>CONDITION</i>	DATE <i>DATE</i>	ÉTAT DE SANTÉ <i>CONDITION</i>	DATE <i>DATE</i>	ÉTAT DE SANTÉ <i>CONDITION</i>	DATE <i>DATE</i>

Signature de la ou du prestataire/*Claimant's Signature* **X**

