



Voyage de courte durée

Formulaire ACE de demande de règlement pour un décès accidentel

Adventist Risk Management, Inc.

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

TÉLÉPHONE : 1 (888) 951-4ARM (4276) | FAX : (301) 453-7060

COURRIEL : claims@adventistrisk.org

Comment déposer une demande de règlement

1. Remplissez tous les volets du formulaire de demande joint.
2. Joignez les documents suivants :
 - Rapport médical des médecins.
 - Le dossier médical.
 - Le rapport de police, s'il a été dressé.
 - Les frais médicaux liés à l'accident.
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) 951-4276 (4ARM)

Fax : (301) 453-7060

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

Vous voudrez bien prendre connaissance de la synthèse des avantages offerts par votre employeur. 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 ACE.

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

À ENVOYER À :

Claims & Legal Services
 Adventist Risk Management
 12501 Old Columbia Pike
 Silver Spring, MD 20904
Téléphone: 1-888-951-4ARM (4276)
Fax: (301) 453-7060
Courriel: claims@adventistrisk.org

Nom du groupe:

Numéro de la police:

Déclaration de l'assuré

Nom de l'assuré		Numéro de sécurité sociale		Date de naissance		Numéro de téléphone	
Domicile			Employé par			Salaire annuel	
Ville		État		Code postal		Profession	
Décrivez entièrement vos diverses fonctions							
Quand l'accident est-il arrivé ?		☐ avant midi ☐ après midi		Où l'accident est-il arrivé ?			
Comment l'accident est-il arrivé ?							
Que faisiez-vous au moment de l'accident?							
Quelles blessures avez-vous subi ?				Quand avez-vous cessé de travailler ?			
Noms et adresses de tous les médecins consultés							
Nom		Adresse			Ville, état, code postal		Date du traitement
Quelle opération a-t-elle été effectuée ?				Si dans un hôpital, lequel ?			
				du:			
				au:			
Noms et adresses des témoins de votre accident							

Déclaration de l'employeur ou de l'administrateur

Numéro de la police de groupe		Numéro de certificat (le cas échéant)		Profession		Salaire annuel	
Nom du groupe souscripteur		Montant de l'assurance		Durée de l'emploi du: au:		Date d'effet de l'assurance	
Adresse du groupe souscripteur			Si annulée, date d'annulation		Date de l'accident		Date de l'accident
Signature du représentant officiel					Date de la signature		

J'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique, tout autre établissement de santé, compagnie d'assurance ou de réassurance, agence d'étude sur la consommation, employeur, ou autre entité ayant des informations sur le diagnostic ou le traitement d'un état physique ou médical ou d'un traitement ou d'un état non médical concernant _____, à fournir à ACE American Insurance Company ou à ses représentants légaux toutes ces informations dans le but d'évaluer une demande de règlement d'une prestation.

Je comprends que les informations obtenues grâce à cette autorisation seront utilisées par ACE American Insurance Company pour déterminer l'admissibilité aux prestations en vertu de la police. ACE American Insurance Company ne diffusera aucune information obtenue à une quelconque personne ou organisation, sauf aux compagnies de réassurance ou à d'autres personnes ou organisations réalisant des travaux d'ordre commercial ou juridique dans le cadre de ma demande, ou qui serait rendu nécessaire du point de vue juridique ou qui serait permis selon ce que j'autoriserai par la suite.

Je sais que je peux demander à recevoir une copie de cette autorisation.

J'accepte qu'une photocopie de cette autorisation ait la même validité que l'original.

J'accepte que cette autorisation soit valide pour deux ans à compter de la date mentionnée ci-dessous.

Je comprends que je peux révoquer cette autorisation à tout moment en adressant une notification écrite à la compagnie d'assurance comportant ma décision de révocation.

Signature de l'assuré ou du représentant autorisé

Date

Adresse:

Avertissement en matière d'escroquerie : « Fournir des renseignements, faux ou trompeurs, à un assureur dans le but d'escroquer l'assureur ou toute autre personne est un délit. Les peines comprennent l'emprisonnement et/ou des amendes. En outre, l'assureur peut refuser de régler une prestation d'assurance si des renseignements substantiellement faux, relatifs à une demande, ont été fournis par le demandeur. »

Rapport du médecin traitant

Nom du patient

Date de naissance

Adresse du patient (rue et numéro, ville, état, code postal)

Diagnostic :

Si la perte concerne la vue, la perte est-elle des deux yeux ? ☐ Oui ☐ Non

La perte est-elle totale et irréversible ? ☐ Oui ☐ Non

Sinon, acuité visuelle actuelle :

Si la perte concerne l'ouïe, la perte est-elle des deux oreilles ? ☐ Oui ☐ Non

La perte est-elle totale et irréversible ? ☐ Oui ☐ Non

Sinon, niveau actuel d'audition :

Si la perte concerne la parole, est-ce une perte totale et irréversible ? ☐ Oui ☐ Non

Sinon, niveau actuel de la parole :

Si la perte concerne un membre, quel est le niveau d'amputation ?

À votre avis, la perte a-t-elle été causée par un accident, indépendamment de toute autre cause ? ☐ Oui ☐ Non

À votre avis, la perte a-t-elle été causée d'une quelconque façon par une maladie ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, donnez les dates auxquelles vous avez fourni un traitement pour la maladie : ; ;

Faites part de la façon dont vous comprenez les causes de cette perte :

Dates de traitement relatif à cet accident :

(jour, mois, an)

(jour, mois, an)

(jour, mois, an)

(jour, mois, an)

À votre connaissance, le patient a-t-il déjà été traité pour cette même affection ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, veuillez expliquer :

Remarques :

Nom (du médecin traitant) – écrire en caractères d'imprimerie

Diplôme/titre professionnel

Numéro de téléphone

Adresse du médecin (rue et numéro, ville, état, code postal)

Signature

Date

Avertissement en matière d'escroquerie : certains états exigent d'utiliser les termes prescrits dans ceux-ci pour tous les formulaires de demandes de règlement, tandis que d'autres états utilisent un énoncé généralisé concernant les escroqueries. ACE USA Accident & Health a adopté, en tant qu'avertissement standard, l'avertissement en matière d'escroquerie dans les termes prescrits par le District de Columbia. Sauf indications contraires portées ci-dessous, cet énoncé devra figurer sur tous les formulaires de demande de règlement, de demande d'assurance et les formulaires d'inscription.

Avertissement générique pour le District de Columbia :

Fournir des renseignements, faux ou trompeurs, à un assureur dans le but d'escroquer l'assureur ou toute autre personne est un délit. Les peines comprennent l'emprisonnement et/ou des amendes. En outre, l'assureur peut refuser de régler une prestation d'assurance si des renseignements substantiellement faux, relatifs à une demande, ont été fournis par le demandeur.

Les états suivants exigent que nous utilisions les termes prescrits dans ces états, à savoir :

Californie

Pour votre propre protection, la Loi californienne exige de faire figurer ce qui suit sur ce formulaire :

Toute personne qui présente sciemment une demande de paiement d'un sinistre sachant qu'elle est fausse ou frauduleuse, est coupable d'un délit et est passible d'amende et d'emprisonnement dans une prison d'État.

Colorado

Il est interdit de fournir sciemment des faits ou renseignements faux, incomplets ou trompeurs à une compagnie d'assurance dans le but d'escroquer ou de tenter d'escroquer la compagnie. Les sanctions peuvent inclure des peines d'emprisonnement, des amendes, des refus de paiement de prestation d'assurance, et des poursuites en dommages-intérêts.

Floride

Toute personne qui, sciemment et avec l'intention de nuire, d'escroquer, ou de tromper un assureur, présente une demande de règlement ou une demande d'assurance contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs est coupable d'un délit du troisième degré.

New York

Toute personne qui, sciemment et avec l'intention d'escroquer une compagnie d'assurance ou une autre personne, présente une demande d'assurance ou une demande de règlement contenant un renseignement substantiellement faux, ou qui dissimule, dans le but d'induire en erreur, des renseignements concernant un fait lié à celle-ci, commet un acte de fraude à l'assurance, lequel est un délit qui est également passible d'une sanction civile n'excédant pas 5.000 USD et la valeur déclarée de la demande pour chacune de ces infractions.

Oklahoma

AVERTISSEMENT : Toute personne qui, sciemment et avec l'intention de nuire, d'escroquer, ou de tromper un assureur, fait une demande de règlement au titre d'une police d'assurance contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs est coupable d'un grave délit.

Pennsylvanie

Toute personne qui, sciemment et avec l'intention d'escroquer une compagnie d'assurance ou une autre personne, présente une demande d'assurance ou une demande de règlement contenant un renseignement substantiellement faux ou qui dissimule, dans le but d'induire en erreur, des renseignements concernant un fait important lié à celle-ci, commet un acte de fraude à l'assurance, lequel est un délit et rend passible cette personne de sanctions pénales et civiles.

Maryland et Oregon

Toute personne qui, ayant l'intention d'escroquer, ou sachant qu'elle facilite une escroquerie contre un assureur, soumet une demande d'assurance ou une demande de règlement qui contient une déclaration fausse ou trompeuse, peut être coupable de fraude à l'assurance.

Virginia

Toute personne qui, ayant l'intention d'escroquer, ou sachant qu'elle facilite une escroquerie contre un assureur, soumet une demande d'assurance ou une demande de règlement qui contient une déclaration fausse ou trompeuse, peut avoir enfreint les lois de l'État.