



Accidents divers

Formulaire AIG de demande de règlement pour un décès accidentel lors d'activités

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 :
 - Tous les frais médicaux et reçus relatifs à l'accident.
 - Le rapport de police, s'il a été dressé.
 - Des coupures de journaux concernant l'accident, s'il y en a.
 - Une copie de l'acte de décès.
 - Le rapport d'autopsie.
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) 453-7060

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

Vous voudrez bien prendre connaissance de la synthèse des avantages offerts dans votre demande de police d'assurance. 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 AIG.

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

À ENVOYER À :

Claims & Legal Services

Adventist Risk Management

12501 Old Columbia Pike

Silver Spring, MD 20904, USA

Téléphone : (301) 453-7400**Fax :** (301) 453-7060**Courriel :** claims@adventistrisk.org

Nom du groupe :

Numéro de police
d'assurance :

En plus du formulaire de demande, les éléments suivants sont requis :

- (1) Une copie certifiée du certificat de décès ;
- (2) Le formulaire de souscription aux prestations de votre organisme et la désignation des bénéficiaires ;
- (3) Confirmation du capital de l'employé et du paiement à jour de la prime ;
- (4) Le rapport de police, tout rapport d'autopsie et coupures de journaux.
- (5) S'il s'agissait d'un déplacement professionnel, une copie de l'itinéraire de l'employé avant l'accident, l'objet du déplacement, les points de destination du déplacement (aller et retour) et la confirmation que ce déplacement a été autorisé par la compagnie.

Assuré Numéro de certificat(s)**Faits concernant l'assuré**Nom et prénom N° de Sécurité sociale

Adresse

Date de naissance Lieu de naissance Date de décèsProfession Nom de l'employeur

Adresse de l'employeur

BénéficiaireNom Rapport avec le défunt Date de naissance N° de Sécurité socialeAdresse Téléphone :**Notes concernant l'accident**Date de l'accident Lieu

Dites précisément comment s'est produit l'accident

L'accident a-t-il eu lieu dans le cadre d'un emploi ou pendant le travail du défunt ?

Oui Non Si « oui », y a-t-il eu, ou y aura-t-il une demande d'indemnisation pour accidents du travail ? Oui Non

Nom de la compagnie qui couvre les accidents du travail

Adresse

À remplir si la mort résulte d'un accident de véhicule à moteurType de véhicule Propriétaire du véhicule Le conducteur est-il mort ?Oui Non Utilisation du véhicule : Travail Loisirs Travail et loisirs

Nom des forces de l'ordre chargées de l'enquête sur l'accident

Adresse

À remplir pour toute demandeUne enquête a-t-elle été menée ? Oui Non Si « oui », remplir ce qui suit et joindre une copie de la procédure et du verdict.

Nom du tribunal où s'est tenue l'audience

Adresse

Une autopsie a-t-elle été effectuée? Oui Non Si « oui », remplir ce qui suit et joindre une copie certifiée du rapport.

Nom de la personne qui a procédé à l'autopsie

Fonction

Adresse

Premier médecin ayant traité le défunt après ses blessures

Nom :

Adresse :

Antécédents médicaux

Le défunt a-t-il été traité pour des problèmes de santé au cours des cinq ans précédant l'accident ?

Oui Non Si « oui », lister ci-dessous le ou les médecins traitants

1	Nom	Adresse
	Problèmes de santé	Dates de traitement
2	Nom	Adresse
	Problèmes de santé	Dates de traitement
3	Nom	Adresse
	Problèmes de santé	Dates de traitement

Autre assurance sur la vie du défunt

Nom de la compagnie	Adresse	Montant
Nom de la compagnie	Adresse	Montant
Nom de la compagnie	Adresse	Montant
Nom de la compagnie	Adresse	Montant

En signant ci-dessous, je certifie qu'à ma connaissance, ces déclarations et réponses sont vraies et exactes.

Signature du bénéficiaire ou du demandeur

Date

Adresse

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 le défunt _____, 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 assurant le défunt susmentionné. *ACE American Insurance Company* ne diffusera aucune information obtenue à une quelconque personne ou organisation, sauf aux compagnies de réassurance, au souscripteur 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 ou serait permis du point de vue juridique ou encore que j'autoriserai par la suite.

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 moi ou mon représentant autorisé pouvons demander une copie de cette autorisation.

Je comprends que moi ou mon représentant autorisé pouvons 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, du représentant autorisé, du bénéficiaire ou d'un proche parent :

Date

Adresse :

Avertissements 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. Toute compagnie d'assurance ou agent d'une compagnie d'assurance qui fournit sciemment des faits ou renseignements faux, incomplets ou trompeurs à un souscripteur ou un demandeur de règlement dans le but d'escroquer ou de tenter d'escroquer le souscripteur d'assurance ou le demandeur en matière de règlement ou d'indemnité à verser par l'assurance doit être reporté au département des organismes de réglementation de la Division des assurances du Colorado.

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

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.