



DIVISION NORD-AMÉRICAIN PAIEMENTS DES FRAIS MÉDICAUX

DÉCLARATION DE PERTE

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

BUREAU : (301) 453-7400 | **FAX:** (301) 453-7060

COURRIEL : claims@adventistrisk.org

À REMPLIR PAR L'ORGANISATION DE L'ÉGLISE

CONFÉRENCE :

NOM DE L'ÉGLISE :

ADRESSE DE L'ÉGLISE :

CONTACT DE L'ÉGLISE :

TÉLÉPHONE | TRAVAIL :

DOMICILE :

COURRIEL :

VILLE :

ÉTAT :

CODE POSTAL :

► PERSONNE BLESSÉE :

PRÉNOM :

I.S.P. :

NOM :

DATE DE NAISSANCE :
(MM/DD/YYYY)

No SÉCURITÉ SOCIALE :

HOMME

FEMME

ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE | TRAVAIL :

DOMICILE :

COURRIEL :

NOM DU PARENT OU TUTEUR * :

DATE DE L'ACCIDENT :
(JJ/MM/AAAA)

HEURE DE L'ACCIDENT :

AM

PM

DÉCRIREZ LES BLESSURES :

COMMENT L'ACCIDENT EST-IL ARRIVÉ ? :

LIEU DE L'ACCIDENT - ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

CODE POSTAL :

DATE DE L'ACCIDENT SIGNALÉ : (MM/DD/YYYY)

TYPE D'ACTIVITÉ :

HEURE DE L'ACTIVITÉ - COMMENCEMENT :

FIN :

LA PERSONNE BLESSÉE A-T-ELLE UNE AUTRE ASSURANCE ?

OUI

NON

NOM DE L'AUTRE ASSURANCE :

ADRESSE DE L'AUTRE ASSURANCE :

VILLE :

ÉTAT :

CODE POSTAL :

► À QUEL MOMENT S'EST PRODUIT L'ACCIDENT ? :

ACTIVITÉ - RESPONSABLE :

POSTE :

FONCTIONS DANS L'ÉGLISE :

OUI

NON

CAMP :

OUI

NON

ÉCOLE BIBLIQUE DE VACANCES :

OUI

NON

AUTRE :

OUI

NON

ÉCLAIREUR :

OUI

NON

SOUS SUPERVISION :

OUI

NON

AU COURS D'UNE ACTIVITÉ COMMANDITÉE :

OUI

NON

PENDANT LES HEURES PROGRAMMÉES :

OUI

NON

AU COURS D'UNE ACTIVITÉ DANS LES LOCAUX :

OUI

NON

LORS D'UN VOYAGE DANS UN VÉHICULE AUTORISÉ VERS OU DEPUIS UNE ACTIVITÉ :

OUI

NON

DANS LE CADRE DE VOTRE EMPLOI :

OUI

NON

► TÉMOINS :

NOM :

TELEPHONE | BUSINESS :

RESIDENTIAL :

ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

CODE POSTAL :

NOM :

TELEPHONE | BUSINESS :

RESIDENTIAL :

ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

CODE POSTAL :

NOM :

TELEPHONE | BUSINESS :

RESIDENTIAL :

ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

CODE POSTAL :

Je certifie qu'à ma connaissance, les déclarations faites ci-dessus sont exactes, et je suis sûr que le demandeur ci-dessus était couvert par la présente au moment de l'accident ou de la maladie

► SIGNATURE DU RESPONSABLE CONCERNÉ :

DATE (JJ/MM/AAAA) :

JOINDRE À CE FORMULAIRE LA DÉCLARATION ET/OU LA FACTURE DÉTAILLÉE DES MÉDECINS