



Voyage de Courte Durée

Formulaire médical ACE de demande de règlement
pour les accidents et maladies

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 les volets A, B, D et E du formulaire de demande joint.
 - Veuillez remplir un nouveau formulaire de demande de règlement pour chaque nouvel événement (à savoir, un rhume, un bras cassé, etc.).
2. Joignez les documents suivants :
 - Tous les frais médicaux et reçus relatifs à l'événement.
3. Envoyez le formulaire de demande de règlement rempli et signé (attention, il faut signer à deux endroits), 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.

Cette couverture n'est pas une assurance maladie intégrale. Vous voudrez bien prendre connaissance de la synthèse des avantages offerts par le bureau adventiste des services des bénévoles. 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 SERAIENT NÉCESSAIRES.

Demande de règlement Accident et Maladie

Veuillez envoyer le formulaire de demande rempli avec les factures et reçus détaillés par courrier à :

(Pour accélérer votre demande, veuillez le faxer avec les reçus qui doivent être lisibles.)

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

Veuillez remplir les volets A, B et C. Remplissez le volet D si la demande concerne une personne à charge, s'il existe une autre couverture en vigueur, ou si la demande concerne un accident. Remplissez un formulaire de demande séparé pour chaque personne impliquée. Joignez les factures et les reçus et retournez le dossier à l'adresse indiquée ci-dessus. Veuillez noter que vous pouvez numériser vos demandes et les envoyer par courriel ou par télécopieur.

VOLET A : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Nom du groupe		Numéro de la police	
Nom de l'assuré		Date de naissance de l'assuré	
Nom du patient		Date de naissance du patient	
Domicile			
Veuillez fournir des numéros de téléphone et de télécopieur en incluant l'indicatif du pays et l'indicatif régional.			
No de téléphone du domicile	No de téléphone professionnel	No de fax	Adresse courriel
Nom du responsable hiérarchique	No de téléphone professionnel	No de fax	Adresse courriel

VOLET B : RENSEIGNEMENTS SUR LE VOYAGE. Veuillez remplir ce volet.

Mon lieu de travail (pays d'emploi)	
Je/nous sommes partis du pays suivant le (jour/mois/an)	
Je/nous avons visité les pays suivants	
Je/nous sommes censés rentrer chez nous le (jour/mois/an)	
L'objet de mon/notre voyage était de	

VOLET C : RENSEIGNEMENTS SUR LE paiement. Veuillez remplir l'option 1, 2 ou 3.

☐ OPTION 1 - Paiement à l'ASSURÉ Veuillez indiquer où vous souhaitez que le paiement soit envoyé et dans quelle monnaie. ☐ À votre domicile tel qu'indiqué ci-dessus ☐ Par dépôt direct sur votre compte bancaire	
Nom du compte :	Numéro de compte :
Nom de la banque :	Code Swift:
Adresse de la banque :	Monnaie :
IBAN:	
☐ OPTION 2 - Paiement à un fournisseur, par exemple à un hôpital, un médecin. Veuillez fournir le nom et l'adresse du fournisseur dans le volet E de ce formulaire de demande de règlement.	
☐ OPTION 3 - Paiement à l'employeur	
Nom de l'employeur :	

Adresse de l'employeur :

Autorisation de paiement : j'autorise le paiement, soit directement à moi, soit à mon employeur ou soit au fournisseur de soins de santé du volet E de ce formulaire de demande de règlement.

SIGNATURE _____ DATE _____
DE L'ASSURÉ

Signature du patient (parent ou tuteur, si la demande est pour un mineur) et communication d'informations : j'atteste qu'à ma connaissance, ce formulaire de demande de règlement ne contient pas de renseignements faux, trompeurs ou incomplets. J'autorise la communication de tout dossier ou autre information qui peuvent être nécessaires afin de déterminer le paiement à effectuer.

SIGNATURE _____ DATE _____
DE L'ASSURÉ

VOLET D : AUTRES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA COUVERTURE	
À ne remplir que si la demande concerne une personne à charge ou s'il existe une autre couverture en vigueur ou si elle concerne un accident ou le travail.	
Avez-vous une autre assurance ? Si oui, veuillez fournir la source de l'assurance.	
☐ Oui ☐ Non	
Est-ce une demande relative à un accident ? Est-ce une demande relative au travail ?	
☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non	
Si oui, veuillez fournir les documents relatifs à cet accident ou à l'accident du travail.	
Si la demande est due à un accident, demandez-vous le remboursement par une autre source ? Si oui, veuillez fournir la source de l'assurance.	
☐ Oui ☐ Non	
Nom du conjoint	Compagnie d'assurance de nom du conjoint
Nom et no de téléphone de l'employeur du conjoint	
Date de naissance de la personne à charge	La personne à charge est-elle étudiante ☐ Oui ☐ Non à temps plein ? Si oui, veuillez fournir un certificat de scolarité en cours.

VOLET E : MÉDECIN OU FOURNISSEUR. Veuillez remplir ce volet.			
Nom du médecin ou du prestataire de services			
Adresse			
No de téléphone			
Diagnostic sur la nature de la maladie ou de la blessure			
Date de la maladie (premier symptôme) ou de la blessure		Date de la première consultation pour cette affection	
Période d'hospitalisation : de _____ à _____		Date de reprise du travail	
Période d'incapacité totale : de _____ à _____		Période d'incapacité partielle : de _____ à _____	
No de compte du patient :		Montant payé	Solde dû
Lieu du service		Code et description du diagnostic	
Date du service	Code et description de la procédure - prédétermination des garanties	Frais	Total des frais

AUTORISATION et CESSION DE DROITS

Je soussigné autorise tout hôpital ou autre établissement de soins médicaux, médecin ou autre professionnel de la santé, pharmacie, organisation de prise en charge d'assurance, agence gouvernementale, titulaire de l'assurance groupe, compagnie d'assurance, association, employeur ou administrateur de régime de prestation, à fournir à la compagnie d'assurance susmentionnée ou à ses représentants, tous renseignements concernant les blessures subies ou maladie, les antécédents médicaux ou toute consultation, prescription ou traitement prodigués à la personne dont la mort, les blessures, la maladie ou les pertes sont à la base de la demande de règlement, ainsi que les copies de l'ensemble des dossiers hospitaliers ou médicaux, y compris les informations relatives aux maladies mentales et la consommation de drogues et d'alcool, afin de déterminer l'admissibilité aux prestations concernant la police dont le numéro est mentionné ci-dessus. J'autorise le titulaire du régime groupe de l'assurance, l'employeur ou l'administrateur du régime de prestations à fournir, à la compagnie d'assurance nommée ci-dessus, les renseignements financiers et relatifs à l'emploi. Je comprends que cette autorisation est valable pour la durée de la couverture de la police susmentionnée et qu'une copie de cette autorisation possède la même validité que l'original.

- J'accepte qu'une photocopie de cette autorisation ait la même validité que l'original.
- 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 du demandeur ou du représentant autorisé	Si autre que l'assuré, rapport avec celui-ci	Date
--	--	------

Adresse:

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 cinq mille dollars 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.

Virginie

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.