



FORMULAIRE DE RAPPORT ANNUEL ASSURANCE ACCIDENT DES TRAVAILLEURS BÉNÉVOLES

Veuillez déclarer le nombre total de membres ou bénévoles couverts par l'assurance.

Nom de l'entité : _____

Nombre total de membres ou bénévoles 2024 - 2025: _____

Veuillez retourner le formulaire à :

volunteerlabor@adventistrisk.org

ADRESSE :

Adventist Risk Management, Inc.
12501 Old Columbia Pike
Silver Spring, MD 20904
1-888-951-4276

**VEUILLEZ RENVoyer CE FORMULAIRE À:**

Adventist Risk Management, Inc.
Placement Services
12501 Old Columbia Pike
Silver Spring, MD 20904
volunteerlabor@adventistrisk.org

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION À L'ASSURANCE ACCIDENT DES TRAVAILLEURS BÉNÉVOLES (Activité Bénévole Incluant La Construction)

Votre Division : _____ Union : _____

Fédération : _____

Académie, Groupe ou Personne de L'église Locale (Nom, adresse et numéro de téléphone)

(Pour les églises locales, VEUILLEZ S'IL VOUS PLAÎT indiquer ci-dessus le nom de votre fédération).

Nom du contact :	Téléphone :
Adresse :	
Email :	

1.	6.	11.
2.	7.	12.
3.	8.	13.
4.	9.	14.
5.	10.	15.

Type de construction :	
Adresse du projet :	
Date de début du projet :	Date de fin du projet :

Nombre de participants : _____ Nombre de jours : _____ Montant de la prim : _____
(\$1.45 USD per volunteer per day)

PRIME TOTALE : _____

* États-Unis : Tous les chèques doivent être libellés à l'ordre d'Adventist Risk Management, Inc. et postés conjointement à cette demande à l'adresse indiquée ci-dessus, faute de quoi la couverture ne sera pas assurée. La facturation n'est possible qu'à condition d'être autorisée ci-dessous par une entité facturable.

Signature autorisée _____ Poste _____ Date _____

L'assurance accident pour les résidents des États-Unis est souscrite par *Federal Insurance Company*, une compagnie d'assurance membre de *Chubb Group of Insurance Companies*. La couverture décrite dans ces documents peut ne pas être disponible dans toutes les juridictions. Ces documents sont uniquement descriptifs. La couverture réelle dépend du libellé des polices d'assurance souscrites (police n° 9907-34-39). Des exclusions et des limitations s'appliquent. Chubb, Box 1615, Warren, N.J. 07061-1615.