



DIVISION NORD-AMÉRICAINNE RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DÉCLARATION DE PERTE

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

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

COURRIEL :: claims@adventistrisk.org

CONFÉRENCE :

▷ DONNÉES SUR L'ASSURÉ :

NOM DE L'ÉGLISE/L'ÉCOLE/AUTRE :

NOM DU CONTACT :

TÉLÉPHONE | TRAVAIL :

DOMICILE :

COURRIEL :

ADRESSE DE L'ÉGLISE/L'ÉCOLE/AUTRE :

VILLE :

ÉTAT :

CODE POSTAL :

▷ DONNÉES SUR LA PERTE : DATE ET HEURE DE LA PERTE

JOUR	MOIS	AN	HEURE	AM	PM
------	------	----	-------	----	----

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT :

▷ DONNÉES SUR LE LIEU DE L'INCIDENT:

NOM DU PROPRIÉTAIRE DES LOCAUX :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE | TRAVAIL :

RESIDENTIAL :

RELATIONSHIP TO INSURED :

VILLE :

ÉTAT :

CODE POSTAL :

▷ DONNÉES SUR LA PERSONNE BLESSÉE OU LES BIENS ENDOMMAGÉS:

NOM :

DATE DE NAISSANCE :
(JJ/MM/AAAA)

No DE SÉCURITÉ SOCIALE :

HOMME FEMME

ADRESSE :

TÉLÉPHONE | TRAVAIL :

DOMICILE :

COURRIEL :

VILLE :

ÉTAT :

CODE POSTAL :

DESCRIPTION DES BLESSURES OU DES DOMMAGES : (EXEMPLES : FRACTURE DU BRAS, TOUR DE REINS, FENÊTRE BRISÉE, ETC.)

DÉCRIVEZ LE BIEN : (TYPE, MODÈLE, ETC.)

MONTANT ESTIMÉ DE LA RÉPARATION :

NOM DE L'EMPLOYÉ :

RELATION AVEC L'ASSURÉ OU L'ENTITÉ ::

ADRESSE :

TÉLÉPHONE | TRAVAIL :

DOMICILE :

VILLE :

ÉTAT :

CODE POSTAL :

▷ TÉMOIN :

PRÉNOM :

I.S.P.

NOM :

TÉLÉPHONE | TRAVAIL :

DOMICILE :

ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

CODE POSTAL :

▷ COMMENTAIRES :

▷ RAPPORTÉ PAR :

POSTE :

No DE TÉLÉPHONE :

RAPPORTÉ À :

POSTE :

DATE (JJ/MM/AAAA) :

▷ SIGNATURE OF INSURED:

DATE (JJ/MM/AAAA) :



RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE

IL EST PRIMORDIAL DE SIGNALER LE SINISTRE IMMÉDIATEMENT

DOCUMENTS REQUIS : (À JOINDRE AU FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DÛMENT REMPLI)

- Si un avocat est impliqué, fournir son nom et son adresse ;
- Des documents ont-ils été rédigés ? Si oui, quand ? Joindre une copie ;
- Copies des factures médicales, le cas échéant.

DOCUMENTS ADDITIONNELS REQUIS POUR DES SITUATIONS DE RESPONSABILITÉ MÉDICALE :

- Dossiers médicaux ;
- Rapport d'incident ;
- Toute déclaration du personnel médical.

PROCÉDURE :

Veuillez envoyer les renseignements ci-dessus à Adventist Risk Management, Inc. Dans des situations complexes, ARM pourra assigner un expert. Il est important pour vous de lui offrir votre coopération. En cas de problèmes, veuillez nous le faire savoir immédiatement.

TOUTE INFORMATION ADDITIONNELLE DOIT ÊTRE RENVOYÉE DÈS SA RÉCEPTION.

Adventist Risk Management, Inc.

12501 Old Columbia Pike

Silver Spring, MD 20904

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

COURRIEL : claims@adventistrisk.org