

ENVOYER À :

Adventist Risk Management, Inc.
12501 Old Columbia Pike
Silver Spring, MD 20904
Email: claims@adventistrisk.org

Tel : (301) 680-6870
Fax : (301) 680-6878

NOM DU GROUPE :

NUMÉRO DE POLICE :

INSTRUCTIONS AU GROUPE OU À L'EMPLOYEUR SOUSCRIPTEUR DE L'ASSURANCE

Afin d'assurer un traitement rapide de cette demande d'indemnisation, veuillez faire parvenir le formulaire de demande d'indemnisation au demandeur. L'employeur/administrateur doit remplir la partie A dans son intégralité. En raison de récents changements dans les lois fiscales, le demandeur sera tenu de remplir la partie B. Veuillez à ce que le demandeur et le médecin traitant remplissent et signent, dûment, et respectivement, les parties C et D au verso de la page. Le demandeur devra obtenir la déclaration du médecin traitant sans aucuns frais pour la société.

Renvoyer ce formulaire à l'adresse ci-dessus.

En plus du formulaire de demande, il est nécessaire de fournir les pièces justificatives suivantes :

1) Le formulaire d'adhésion de votre société à la couverture d'assurance ; (2) La confirmation du montant garanti pour l'employé et du paiement des primes en cours ; (3) L'information d'une autre assurance ; (4) S'il s'agissait d'un déplacement, une copie de l'itinéraire de l'employé avant l'accident, le but de ce déplacement, son lieu de départ et de destination, et la confirmation que le déplacement était autorisé par la société.

Veuillez indiquer la dénomination sociale, l'adresse, le numéro de téléphone de la société et le numéro de la police d'assurance.

Fournissez une réponse complète à chaque question. Nous nous réservons le droit d'exiger ou de recueillir plus de renseignements si cela est jugé nécessaire.

Toute personne qui aura rempli une demande d'indemnisation contenant des informations fausses, incomplètes ou trompeuses, sciemment ou dans l'intention de nuire, frauder, ou tromper une compagnie d'assurance ou une autre personne, peut être inculpée de fraude à l'assurance et sujette à des sanctions pénales et des sanctions civiles sévères.

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE GROUPE OU L'EMPLOYEUR SOUSCRIPTEUR DE L'ASSURANCE

ADRESSE DU GROUPE OU EMPLOYEUR SOUSCRIPTEUR DE L'ASSURANCE

NOM ET ADRESSE DE LA DIVISION		DATE D'EMBAUCHE	
ADRESSE ET NOM DE L'EMPLOYÉ OU MEMBRE		DATE DE L'ACCIDENT	
DATE D'EFFET DE LA PROTECTION	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'EMPLOYÉ/MEMBRE	DATE DE NAISSANCE	OCCUPATION DE L'EMPLOYÉ/MEMBRE
DATE D'EXPIRATION DE LA PROTECTION	CATÉGORIE D'ASSURANCE	SALAIRE AU DERNIER JOUR DE TRAVAIL (HORAIRE/HEBDOMADAIRE/MENSUEL/ANNUEL)	DATE DE VERSEMENT DE LA PRIME
GARANTIE DE DÉCÈS ACCIDENTEL EN VIGUEUR	DATE DE LA DERNIÈRE AUGMENTATION DE PRESTATIONS	L'EMPLOYÉ/MEMBRE REÇOIT-IL DES INDEMNITÉS POUR ACCIDENT DE TRAVAIL ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	L'EMPLOYÉ/MEMBRE REÇOIT-IL UNE AUTRE INDEMNISATION ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
SI UNE DES RÉPONSES EST AFFIRMATIVE, INDIQUER LE NOM DE LA COMPAGNIE :		ADRESSE DE LA COMPAGNIE	
ADRESSE DE LA COMPAGNIE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	TYPE D'INDEMNISATION, MONTANT DE L'INDEMNISATION, DATE D'EFFET	
SITUATION DE L'EMPLOYÉ/MEMBRE AU DERNIER JOUR DE TRAVAIL			
<input type="checkbox"/> ACTIF <input type="checkbox"/> RETRAITÉ <input type="checkbox"/> EXONÉRÉ DES PRIMES POUR INVALIDITÉ <input type="checkbox"/> CONGÉ AUTORISÉ (EXPLIQUEZ) <input type="checkbox"/> AUTRE			
DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL DE L'EMPLOYÉ/MEMBRE	MOTIF POUR LEQUEL L'EMPLOYÉ/MEMBRE N'A PAS REPRIS SON TRAVAIL		
L'EMPLOYÉ ÉTAIT : <input type="checkbox"/> RÉMUNÉRÉ À L'HEURE <input type="checkbox"/> SALARIÉ <input type="checkbox"/> PAYÉ À LA COMMISSION <input type="checkbox"/> AUTRE (EXPLIQUEZ)			

Si la demande d'indemnisation est faite pour une personne à charge, fournir les renseignements suivants :

NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE À CHARGE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	LIEN OU FILIATION	SOMME GARANTIE
OCCUPATION DE LA PERSONNE À CHARGE	DATE DE NAISSANCE DE LA PERSONNE À CHARGE	NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	

SIGNATURE DU GROUPE OU EMPLOYEUR SOUSCRIPTEUR DE L'ASSURANCE

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT, À MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES ET CORRECTS.

DATE DE SIGNATURE	LIEU (VILLE, ÉTAT/DEPARTEMENT)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
GROUPE/EMPLOYEUR TITULAIRE DE L'ASSURANCE		PAR (LEUR REPRÉSENTANT AUTORISÉ)

PARTIE B : RENSEIGNEMENTS FISCAUX IMPORTANTS

À remplir par le demandeur
Numéro de sécurité sociale/
Numéro d'identification fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Écrire en caractères d'imprimerie ou taper le nom du demandeur

Sous peine de parjure, je certifie : (1) que le numéro de sécurité sociale ou d'identification fiscale ci-dessus est bien mon numéro de sécurité sociale ou numéro d'identification fiscale.

Veillez à remplir la partie C au verso

PARTIE C : INFORMATION SUR LE DEMANDEUR

QUAND L'ACCIDENT S'EST-IL PRODUIT ? (FAIRE UNE DESCRIPTION COMPLÈTE), DÉCRIRE LES BLESSURES SUBIES.

LISTE DE TOUS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS QUI ONT ASSISTÉ L'EMPLOYÉ/MEMBRE POUR CES BLESSURES

NOM	ADRESSE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
NOM	ADRESSE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

LISTE DE TOUS LES TÉMOINS DE L'ACCIDENT

NOM	ADRESSE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
NOM	ADRESSE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

AUTORISATION

Je soussigné autorise tout hôpital ou autre établissement de soins médicaux, médecin ou autre professionnel de la santé, pharmacie, société de soutien en matière d'assurance, agence gouvernementale, groupe souscripteur, compagnie d'assurance, association, employeur ou administrateur du régime de prestations, à fournir à la compagnie d'assurance susmentionnée ou à ses représentants toute information concernant une quelconque blessure ou maladie, les antécédents médicaux, ou tout compte-rendu de consultation, ordonnance ou traitement concernant la personne dont la mort, une blessure, une maladie ou un sinistre est à la base d'une demande d'indemnisation, et des copies de tous les dossiers médicaux ou hospitaliers de la personne, y compris l'information relative à une maladie mentale et à une consommation de drogues et d'alcool, pour déterminer l'admissibilité au versement d'une indemnisation sous le numéro de la police d'assurance ci-dessus. J'autorise le groupe souscripteur de l'assurance, employeur et administrateur du régime de prestations à fournir à la compagnie d'assurance susmentionnée les relevés d'emploi. Je comprends que cette autorisation est valable pour toute la durée de la couverture de l'assurance susmentionnée et qu'une copie de cette autorisation sera considérée comme aussi valide que l'original. Je comprends que moi ou mon représentant autorisé, nous pourrions demander une copie de cette autorisation.

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT, À MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES ET CORRECTS.

SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ	DATE DE SIGNATURE (JOUR, MOIS, ANNÉE)	
ADRESSE DU DEMANDEUR OU DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ (N°, RUE, VILLE, ÉTAT/DÉPT)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL ()	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU DOMICILE ()

PARTIE D : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

LE DEMANDEUR EST RESPONSABLE DE LA RÉALISATION DE CETTE DÉCLARATION, SANS FRAIS POUR LA SOCIÉTÉ

NOM DU PATIENT	AGE	ADRESSE (RUE, VILLE, ÉTAT/DÉPT, CODE POSTAL)
----------------	-----	--

NATURE DE LA BLESSURE (DÉCRIRE LES COMPLICATIONS, LE CAS ÉCHÉANT)

QUAND L'ACCIDENT S'EST-IL PRODUIT ? (JOUR, MOIS, ANNÉE) QUAND LE PATIENT VOUS A-T-IL CONSULTÉ LA PREMIÈRE FOIS POUR CETTE AFFECTION ? (JOUR, MOIS, ANNÉE)

QUELLES ÉTAIENT LA NATURE ET LA LOCALISATION DE CETTE BLESSURE ACCIDENTELLE ?

PERTE DE MAINS ?	<input type="checkbox"/> DROIT <input type="checkbox"/> GAUCHE	LE SECTIONNEMENT S'EST-IL PRODUIT À PARTIR OU AU-DESSUS DE L'ARTICULATION DU POIGNET ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DATE DU SECTIONNEMENT	PERMANENCE DU SECTIONNEMENT
PERTE DE POUCE ET DOIGT DE LA MÊME MAIN ?	<input type="checkbox"/> DROIT <input type="checkbox"/> GAUCHE	LE SECTIONNEMENT S'EST-IL PRODUIT À PARTIR OU AU-DESSUS DE L'ARTICULATION MÉTACARPOPHALANGIENNE ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DATE DU SECTIONNEMENT	PERMANENCE DU SECTIONNEMENT
PERTE DE PIEDS ?	<input type="checkbox"/> DROIT <input type="checkbox"/> GAUCHE	LE SECTIONNEMENT S'EST-IL PRODUIT À PARTIR OU AU-DESSUS DE L'ARTICULATION DE LA CHEVILLE ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DATE DU SECTIONNEMENT	PERMANENCE DU SECTIONNEMENT

PPERTE TOTALE ET IRRÉMÉDIABLE DE LA VUE	OEIL DROIT	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DATE DE LA PERTE _____	L'ŒIL A ÉTÉ EXTIRPÉ ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DATE DE L'EXTIRPATION _____
	OEIL GAUCHE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DATE DE LA PERTE _____	L'ŒIL A ÉTÉ EXTIRPÉ ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DATE DE L'EXTIRPATION _____

PERTE TOTALE ET IRRÉMÉDIABLE DE L'OUÏE DES DEUX OREILLES ? OUI NON DATE DE LA PERTE _____

À VOTRE AVIS, UNE MALADIE, UNE INFECTION, UN HANDICAP PHYSIQUE OU MENTAL, A-T-IL ÉTÉ UNE CAUSE SOUS-JACENTE DE LA/DES PERTES INDIQUÉES CI-DESSUS ?

À VOTRE AVIS, LA OU LES PERTES SONT-ELLES LE RÉSULTAT D'UNE AUTOMUTILATION OU D'UNE TENTATIVE D'AUTO-DESTRUCTION ? OUI NON

SI LA OU LES PERTES INDIQUÉES INCLUENT LA PERTE DE LA VUE, VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES :

SI LA PERTE DE LA VUE EST PARTIELLE, MAIS IRRÉMÉDIABLE, VEUILLEZ INDIQUER LE NIVEAU DE VISION DE CHAQUE ŒIL À L'ÉCHELLE DE SNELLEN, OU À L'ÉCHELLE DE JAEGER, S'IL Y A LIEU.

NON CORRIGÉ CORRIGÉ DATE DE L'EXAMEN _____

O.D. O.G. O.D. O.G.
 PENSEZ-VOUS QU'UN TRAITEMENT OU UNE OPÉRATION PUISSE RESTAURER L'ACUITÉ VISUELLE EN TOTALITÉ OU EN PARTIE ? OUI NON

SI UNE OPÉRATION EST ENVISAGÉE, EN INDIQUER LA DATE APPROXIMATIVE.

LE PATIENT A-T-IL ÉTÉ HOSPITALISÉ ? OUI NON SI « OUI », DONNER LE NOM ET L'ADRESSE DE L'HÔPITAL.

TRAITEMENT

DATE LA PREMIÈRE VISITE	DATES DES VISITES SUIVANTES			
SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT	NOM DU MÉDECIN (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	DIPLOME	TÉLÉPHONE ()	DATE
ADRESSE	VILLE OU COMMUNE	ÉTAT/DÉPT OU PROVINCE	CODE POSTAL	

LE PATIENT EST-IL ENCORE SOUS VOS SOINS POUR CETTE AFFECTION ? OUI NON

SI VOUS AVEZ DONNÉ CONGÉ AU PATIENT, INDIQUEZ À QUELLE DATE :