

ENVOYER À :

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

Tel: (301) 453-7400
FAX (301) 453-7060

NOM DU GROUPE:
NUMÉRO DE POLICE

INSTRUCCIONES PARA EL TITULAR DE LA PÓLIZA COLECTIVA/EMPLEADOR

Afin d'assurer un traitement rapide de cette demande d'indemnisation, veuillez faire parvenir le formulaire de demande d'indemnisation au bénéficiaire. L'employeur/administrateur doit remplir la PARTIE A dans son intégralité. En raison de récents changements dans les lois fiscales, le bénéficiaire sera tenu de remplir la PARTIE B. Veuillez à ce que le bénéficiaire remplisse et signe dûment la partie C au verso de la page.

Renvoyer ce formulaire à l'adresse ci-dessus.

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

- (1) Une copie certifiée du certificat de décès ;
- (2) Le formulaire d'adhésion à la couverture d'assurance et la désignation du bénéficiaire de votre entreprise
- (3) La confirmation de la somme garantie pour l'employé et du versement des primes en cours ;
- (4) Le rapport de police, un rapport d'autopsie et une coupure de presse.
- (5) S'il s'agissait d'un déplacement, une copie de l'itinéraire de l'employé avant l'accident, le but de ce déplacement, sa destination, et la confirmation que le déplacement était autorisé par la société.

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. S'il y a plus d'un bénéficiaire, ils peuvent ensemble rédiger une seule déclaration ou, s'ils le souhaitent, nous fournirons à chacun un formulaire.

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		GARANTIE DE DÉCÈS ACCIDENTEL EN VIGUEUR \$	
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYÉ		DATE D'EMBAUCHE	DATE DE NAISSANCE
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PROTECTION	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	DATE DU DÉCÈS	OCCUPATION
DATE D'EXPIRATION DE LA PROTECTION	CATÉGORIE D'ASSURANCE	SALAIRE AU DERNIER JOUR DE TRAVAIL (HORAIRE/HEBDOMADAIRE/MENSUEL/ANNUEL)	DATE DE PAIEMENT DE LA PRIME
DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL	SITUATION 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		
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/DÉPARTEMENT)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
GROUPE/EMPLOYEUR TITULAIRE DE L'ASSURANCE		PAR (LEUR REPRÉSENTANT AUTORISÉ)

PARTIE B : RENSEIGNEMENTS FISCAUX IMPORTANTS

À remplir par le bénéficiaire
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 : RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Afin d'assurer un traitement rapide, veiller à ce que le bénéficiaire signe l'autorisation ci-dessous. Le formulaire signé et dûment rempli, ainsi que le certificat de décès certifié, le rapport de police, le rapport d'autopsie, et toute coupure de presse seront renvoyés à l'employeur/administrateur.

NOM DU BÉNÉFICIAIRE	LIEN OU FILIATION AVEC LE DÉFUNT	DATE DU BÉNÉFICIAIRE DE NAISSANCE

REMARQUE : Si un des bénéficiaires désignés est décédé, fournir le certificat de décès certifié de ce bénéficiaire. Si le bénéficiaire est légataire du défunt, fournir un certificat de nomination comme exécuteur non testamentaire ou la déclaration de succession, et le numéro d'identification fiscale de l'exécuteur. Si le bénéficiaire est mineur, fournir la déclaration de tutelle du mineur et le numéro de sécurité sociale du mineur.

DATE DE L'ACCIDENT (JOUR, MOIS, ANNÉE)	HEURE <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	LIEU DE L'ACCIDENT (VILLE OU COMMUNE, NUMÉRO, RUE)
CAUSE DU DÉCÈS	DATE DU DÉCÈS (JOUR, MOIS, ANNÉE) JOINDRE UNE COPIE DU CERTIFICAT DE DÉCÈS.	

QUELS ONT ÉTÉ LES PREMIERS SYMPTÔMES DE LA CAUSE DU DÉCÈS ?

COMMENT L'ACCIDENT S'EST-IL PRODUIT ? (FAIRE UNE DESCRIPTION COMPLÈTE)

LISTE DE TOUS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS QUI ONT ASSISTÉ LE DÉFUNT POUR CES BLESSURES AYANT CAUSÉ LE DÉCÈS

NOM ET ADRESSE	NOM ET ADRESSE	NOM ET ADRESSE

LISTE DE TOUS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS QUI ONT ASSISTÉ LE DÉFUNT AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES (INDIQUER LES AFFECTIONS CONCERNÉES)

NOM	ADRESSE	AFFECTION

LISTE DE TOUS LES TÉMOINS DE L'ACCIDENT

NOM ET ADRESSE	NOM ET ADRESSE	NOM ET ADRESSE

LISTE D'AUTRES GARANTIES ET SOMMES GARANTIES EN VIGUEUR DANS LE CADRE D'UNE ASSURANCE-VIE.

NOM DE LA COMPAGNIE	NUMÉRO DE POLICE	DATE D'EFFET	MONTANT DE LA GARANTIE

LE DÉFUNT A-T-IL ENTAMÉ OU FAIT L'OBJET D'UNE PROCÉDURE DE DIVORCE ? DANS L'AFFIRMATIVE, INDIQUER QUAND, OU, ET L'ABOUTISSEMENT.

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

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 l'information financière et relative à l'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.

Pour les demandeurs ne résidant pas en Californie, New York ou Pennsylvanie : toute personne ayant sciemment présenté une demande d'indemnisation fautive ou frauduleuse pour un sinistre ou une demande d'allocation, ou un avantage ou ayant sciemment présenté une fausse information dans une demande de souscription d'assurance est coupable d'un crime et peut faire l'objet d'amendes et d'emprisonnement.

SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE, DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ, OU D'UN PROCHE	DATE DE LA SIGNATURE (JOUR, MOIS, ANNÉE)	
ADRESSE DU PLUS PROCHE PARENT (N°, RUE, VILLE, ÉTAT/DÉPT.)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL ()	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU DOMICILE ()