

1. Remplissez intégralement ce formulaire.
2. Joignez les factures détaillées (formulaire UB04 ou HCFA-1500).
3. Adressez le dossier par courrier, courriel ou fax à HSR.



Courriel : ACEclaims@hsri.com

Health Special Risk, Inc.
8400 Bellevue Drive, Suite 150
Plano, Texas 75024
Téléphone : (866) 345-0959 Fax : (972) 512-5820

Numéro de police :
PTP N01303508

Nom de la police : _____

PARTIE I : RAPPORT DU SOUSCRIPTEUR

1. Nom du demandeur (personne blessée)		2. Numéro de sécurité sociale		3. Genre M F	4. Date de naissance	5. Courriel
6. Adresse de la personne blessée et numéro de téléphone du contact le plus proche (inclure le code régional)						
7. S'il y a lieu, nom du parent, adresse et numéro de téléphone du contact le plus proche (inclure le code régional)						
8. Date et heure de l'accident		9. Lieu de l'accident			10. La personne blessée était un : ☐ Participant ☐ membre du personnel ☐ invité ☐ bénévole	
Frais dentaires	11. Indiquez les dents touchées dans l'accident		12. Décrivez l'état des dents touchées avant l'accident : ☐ Naturelles, saines et complètes ☐ Plombées ☐ Couronnées ☐ Artificielles			
13. Type de blessure (indiquez les parties corporelles blessées : p. ex. bras cassé, entorse à la cheville, etc.). La lésion a-t-elle entraîné la mort ? ☐ OUI ☐ NON						
14. Décrivez la façon dont s'est produit l'accident (donnez le plus de détails possible). La blessure corporelle doit résulter de l'accident.						
15. L'accident s'est-il produit (cochez OUI ou NON pour chacun des éléments suivants) :						
A. Au cours d'une activité programmée, parrainée, supervisée ou autorisée par le souscripteur ?					☐ OUI	☐ NON
B. Sur les lieux de l'activité ?					☐ OUI	☐ NON
C. Pendant le travail (si applicable) ?					☐ OUI	☐ NON
D. Au cours du trajet direct et sans interruption depuis le domicile vers les locaux du souscripteur ou vice-versa ?					☐ OUI	☐ NON
E. Au cours d'un entraînement d'athlétisme intercollégial ou scolaire ? ☐ OUI ☐ NON					ou une compétition ? ☐ OUI ☐ NON	
16. Nom de l'événement ou de l'activité				17. Nom et poste du superviseur		
18. Nom du représentant du souscripteur				19. Poste du représentant du souscripteur		20. Date

PARTIE II : DÉCLARATION D'AUTRES ASSURANCES

Est-ce que vous, votre conjoint ou vos parents bénéficiez de soins médicaux ou de santé ou êtes-vous inscrit de façon individuelle ou en tant qu'employé ou membre à charge d'une organisation de préservation de la santé (HMO) ou d'un régime de soins de santé prépayée similaire ou de tout autre type de régime couvrant accidents/santé/maladies par votre employeur ou une autre source pour vous, ou est-ce que votre fils ou fille possède une couverture de soins de santé en tant que personne à charge d'un précédent mariage tel que mandatée dans le jugement de divorce ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, nom de la compagnie d'assurance _____

Police n° _____

Nom de la compagnie d'assurance _____

Police n° _____

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'employeur principal du demandeur _____

SI D'AUTRES RÉGIMES D'ASSURANCE OU DE SOINS DE SANTÉ EXISTENT, VEUILLEZ JOINDRE à votre demande UNE COPIE DU DÉTAIL de leurs PRESTATIONS. SI VOUS N'AVEZ PAS D'AUTRE ASSURANCE OU RÉGIME DE SANTÉ, VEUILLEZ LIRE CE QUI SUIT ET SIGNER.

Je consens, s'il est déterminé à une date ultérieure qu'il existe une autre assurance (ou un régime de prise en charge semblable) moi ou la compagnie d'assurance rembourserions HEALTH SPECIAL RISK, INC. à concurrence du montant recouvrable.

Avertissement de l'état de New York concernant la fraude : Toute personne qui, sciemment, et avec l'intention d'escroquer une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande de souscription d'assurance ou une demande d'indemnisation 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 une fraude à l'assurance, laquelle est un délit, et sera également passible d'une sanction civile n'excédant pas cinq mille dollars et la valeur déclarée de la demande pour chacune de ces infractions.

SIGNATURE DU PARTICIPANT OU DU PARENT _____

DATE _____

PARTIE III : AUTORISATION DE PAYEMENT DE PRESTATIONS AU FOURNISSEUR

J'autorise les paiements au médecin ou au fournisseur médical pour les services décrits dans les relevés ci-inclus (s'ils ne sont pas signés, soumettez les preuves de paiement).

SIGNATURE _____

DATE _____

J'autorise tout médecin, professionnel de la médecine, hôpital, entité couverte au sens de l'HIPAA, assureur ou autre organisation ou personne ayant de quelconques dossiers, données ou informations concernant le demandeur, à divulguer sur demande tous les renseignements concernant toute blessure, police d'assurance, antécédents médicaux, consultation, prescription ou traitement, et les copies de tous les dossiers hospitaliers ou médicaux ou tous ces dossiers dans leur intégralité à **Health Special Risk, Inc.** Une photocopie de cette autorisation sera considérée comme aussi effective et valide que l'original.

Je comprends que toute personne qui présente sciemment une demande de paiement d'un sinistre ou d'un bénéfice sachant qu'elle est fausse ou frauduleuse ou qui présente sciemment de fausses informations dans une demande de souscription d'assurance est coupable d'un délit et est passible de peines d'amendes et d'emprisonnement.

SIGNATURE _____

DATE _____

En saisissant votre nom dans les parties II et III ci-dessus, vous signez d'office ce formulaire de réclamation par voie électronique. Vous acceptez que votre signature électronique figurant sur ce formulaire de demande d'indemnisation soit l'équivalent juridique de votre signature manuscrite

AVERTISSEMENTS CONCERNANT LA FRAUDE

Toute personne qui présente sciemment une demande de paiement d'un sinistre ou d'une prestation sachant qu'elle est fausse ou frauduleuse ou qui présente sciemment de fausses informations dans une demande de souscription d'assurance est coupable d'un délit et est passible de peines d'amende et d'emprisonnement.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES PAR ÉTAT

Alabama	Toute personne qui présente sciemment une demande de paiement d'un sinistre ou d'un bénéfice, sachant qu'elle est fausse ou frauduleuse, ou qui présente sciemment de fausses informations dans une demande de souscription d'assurance, est coupable d'un délit et passible d'amendes ou d'emprisonnement, ou des deux peines.
Alaska	Toute personne qui, sciemment et avec l'intention de nuire, d'escroquer, ou de tromper une compagnie d'assurance, dépose une demande d'indemnisation contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, est passible de poursuites judiciaires au titre de la loi de l'État.
Arizona	Pour votre propre protection, la loi de l'Arizona exige de faire figurer la déclaration suivante sur ce formulaire : Toute personne qui présente sciemment une demande de paiement d'un sinistre, sachant qu'elle est fausse ou frauduleuse, est passible de sanctions pénales et civiles.
Arkansas	Toute personne qui présente sciemment une demande de paiement d'un sinistre ou d'une prestation sachant qu'elle est fausse ou frauduleuse ou qui présente sciemment de fausses informations dans une demande de souscription d'assurance est coupable d'un délit et est passible de peines d'amendes et d'emprisonnement.
Louisiane	
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 de l'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 d'assurance, et des poursuites en dommages-intérêts. Toute compagnie d'assurance ou agent d'une compagnie d'assurance qui fournit sciemment des faits ou renseignements faux, incomplets ou trompeurs à un preneur d'assurance Toute compagnie d'assurance ou agent d'une compagnie d'assurance qui fournit sciemment des faits ou renseignements faux, incomplets ou trompeurs à un souscripteur ou un demandeur de règlement dans le but d'escroquer ou de tenter d'escroquer le souscripteur d'assurance ou le demandeur en matière de règlement ou d'indemnité à verser par l'assurance doit être signalé au <i>Department of Regulatory Agencies</i> de la <i>Colorado Division of Insurance</i> .
Connecticut	Ce formulaire doit être rempli dans son intégralité. Toute personne qui déforme intentionnellement ou omet intentionnellement de divulguer un fait important lié à une blessure objet d'une demande d'indemnisation peut être coupable d'un grave délit.
Delaware	Toute personne qui, sciemment et avec l'intention de nuire, d'escroquer, ou de tromper un assureur, dépose une demande d'indemnisation contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs est coupable d'un délit grave.
Idaho	
District de Columbia	AVERTISSEMENT : 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 une couverture d'assurance si des renseignements substantiellement faux, relatifs à une demande, ont été fournis par le demandeur.
Floride	Toute personne qui, sciemment et avec l'intention de nuire, d'escroquer, ou de tromper un assureur, dépose une demande d'indemnisation contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, est coupable d'un délit du troisième degré.
Hawaï	Pour votre protection, la loi d'Hawaï exige que vous soyez informé que la présentation d'une demande frauduleuse pour le paiement d'un sinistre ou d'une prestation est un délit passible d'amendes ou d'emprisonnement, ou des deux peines.
Indiana	Toute personne qui, sciemment et avec l'intention de nuire, d'escroquer, ou de tromper un assureur, dépose une demande d'indemnisation contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs est coupable d'un grave délit.
Kentucky	Toute personne qui, sciemment et avec l'intention d'escroquer une compagnie d'assurance ou une autre personne, présente une demande d'indemnisation contenant des informations substantiellement fausses ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant tout fait important lié à cette demande, commet un acte de fraude à l'assurance, lequel est un délit.
Maine	Fournir sciemment des renseignements faux, incomplets ou trompeurs à une compagnie d'assurance dans le but de l'escroquer est un délit. Les sanctions peuvent comprendre l'emprisonnement, une amende ou un refus de couverture d'assurance.
Maryland	Toute personne qui, sciemment et délibérément, présente une demande de paiement d'un sinistre ou d'une prestation sachant qu'elle est fausse ou frauduleuse, ou qui présente sciemment et délibérément de fausses informations dans une demande de souscription d'assurance, est coupable d'un délit et est passible de peines d'amendes et d'emprisonnement.
Michigan	Toute personne qui, sciemment et avec l'intention d'escroquer une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'indemnisation contenant des informations substantiellement fausses, ou qui dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant tout fait important lié à celle-ci, commet une fraude à l'assurance, laquelle est un délit rendant la personne passible de sanctions pénales et civiles.
Dakota du Nord	
Dakota du Sud	
Minnesota	Une personne qui présente une demande de règlement avec l'intention d'escroquer ou qui aide à commettre une escroquerie contre un assureur est coupable d'un délit.
Nevada	Toute personne qui dépose sciemment une demande d'indemnisation contenant une présentation inexacte des faits ou des informations fausses, incomplètes ou trompeuses peut être coupable d'un acte délictueux punissable en vertu de la loi fédérale ou de l'État, ou les deux, et est passible de sanctions civiles.
New Hampshire	Toute personne qui, dans le but de nuire, d'escroquer, ou de tromper une compagnie d'assurance, dépose une demande d'indemnisation contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs est passible de poursuites et de condamnation pour fraude à l'assurance, en vertu de l'article RSA 638:20.
New Jersey	Toute personne qui inclut des renseignements faux ou trompeurs dans une demande de souscription d'assurance encourt des sanctions pénales et civiles.
New Mexico	Toute personne qui présente sciemment une demande de paiement fausse ou frauduleuse au titre d'un sinistre ou d'une garantie, ou qui présente sciemment de fausses informations dans une demande d'assurance, commet un délit et encourt des peines d'amende civiles et des sanctions pénales.
Ohio	Toute personne qui, dans l'intention d'escroquer ou sachant qu'elle facilite une escroquerie contre un assureur, soumet une demande de souscription d'assurance ou une demande de règlement contenant une déclaration fausse ou trompeuse, est coupable de fraude à l'assurance.
Oklahoma	AVERTISSEMENT : Toute personne qui, sciemment et avec l'intention de nuire, d'escroquer, ou de tromper un assureur, fait une demande pour le produit d'une police d'assurance contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs est coupable d'un grave délit.
Oregon	Toute personne qui, sciemment et avec l'intention d'escroquer ou de pousser une autre personne à escroquer un assureur : (1) en présentant une demande de souscription d'assurance, ou (2) en présentant une demande de règlement, contenant une déclaration substantiellement fausse concernant un fait important lié à celle-ci, peut commettre un acte de fraude à l'assurance, lequel peut constituer un délit et rendre passible la personne de sanctions pénales et civiles.
Pennsylvanie	Toute personne qui, sciemment et avec l'intention d'escroquer une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande de souscription d'assurance ou une demande d'indemnisation contenant des informations substantiellement fausses, ou qui dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant un fait important lié à cette demande, commet un acte de fraude à l'assurance, lequel est un délit et rend passible cette personne de sanctions pénales et civiles.
Rhode Island	
Virginie occidentale	Toute personne qui présente sciemment une demande de paiement d'un sinistre ou d'une prestation sachant qu'elle est fausse ou frauduleuse ou qui présente sciemment de fausses informations dans une demande de souscription d'assurance est coupable d'un délit et est passible de peines d'amendes et d'emprisonnement.
Tennessee	
Virginie	Fournir sciemment des renseignements faux, incomplets ou trompeurs à une compagnie d'assurance dans le but de l'escroquer est un délit. Les sanctions comprennent l'emprisonnement, des amendes ou un refus de couverture d'assurance.
Washington	
Texas	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 de l'État.
Utah	Toute personne qui présente sciemment une demande de souscription d'assurance ou une déclaration contenant de fausses informations, présente ou fait présenter une demande fausse ou frauduleuse d'indemnités d'invalidité ou de prestations médicales, ou présente une déclaration ou une ou des factures fausses ou frauduleuses concernant des frais médicaux ou d'autres services professionnels, commet un délit et est passible de peines d'amende et d'emprisonnement dans une prison de l'État. Concerne les demandes d'indemnisation des travailleurs de l'Utah seulement.

COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Vous trouverez ci-dessous des instructions et des commentaires importants sur le dépôt d'une demande de règlement.

VOTRE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

1. Ce formulaire de demande de règlement doit être intégralement rempli et soumis dans les 90 jours suivant la date de la blessure. Assurez-vous de répondre et de remplir la section « **AUTRES DÉCLARATIONS CONCERNANT LES ASSURANCES** », en cochant oui ou non, et en signant la ligne d'autorisation, afin que **HSR** et les médecins et hôpitaux puissent communiquer des données concernant votre demande de règlement.

Les formulaires incomplets de demande de règlement sont l'une des raisons les plus fréquentes pour lesquelles les règlements des sinistres sont retardés.

2. Le formulaire de demande de règlement doit être signé par un représentant de l'assuré.
3. Ne soumettez qu'un seul formulaire de demande de règlement pour chaque accident.
4. Une fois rempli, faites une photocopie de ce formulaire pour vos archives et envoyez-le à l'adresse ci-dessous.
5. NE partez PAS du principe que quelqu'un d'autre enverra ce formulaire de demande de règlement à **HSR** pour vous.

VOS FACTURES

1. Veuillez informer de cette couverture tous les médecins et hôpitaux impliqués afin qu'ils puissent nous faire parvenir leurs factures détaillées.
2. Si vous avez déjà consulté un médecin ou été à un hôpital, et que vous ne connaissiez pas les prestations de cette couverture, veuillez envoyer toutes les factures détaillées à **HSR**, à l'adresse ci-dessous.
3. **Les factures doivent inclure le nom du médecin ou de l'hôpital, l'adresse postale complète, le numéro de téléphone, la date à laquelle vous avez été vu par le médecin ou l'hôpital, la raison pour laquelle le médecin vous a examiné (diagnostic) et le détail précis des frais engagés (description du traitement incluant le code de terminologie courante de procédure CPT). Demandez à votre fournisseur médical un formulaire de facturation UB04 ou HCFA 1500.**
4. En raison des lois HIPAA sur la confidentialité, **HSR** n'est pas en mesure de demander ces renseignements à votre praticien. En définitive, c'est à vous de fournir la documentation nécessaire. Les relevés de solde, dû ou reporté, ne sont pas suffisamment explicites pour nous permettre de traiter votre demande. **HSR** ne peut pas payer vos factures en utilisant seulement l'EOB de la compagnie d'assurance principale.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SUR MONTANTS EXCÉDENTAIRES

1. Si cette police offre une couverture secondaire, complémentaire sur montants excédentaires et si vous avez une assurance primaire, vous devez d'abord envoyer les factures à votre assurance principale.
2. **HSR** considérera les prestations à régler après que votre assurance principale ait traité la demande d'indemnisation.
3. Nous aurons besoin d'une copie du détail des prestations (EOB) de votre assurance principale, que vous avez dû recevoir de votre assurance principale pour vous permettre de savoir ce qui est payé ou refusé, et les raisons de cela. **HSR** ne sera pas en mesure d'examiner votre demande sans cette information.

Si vous avez des questions, veuillez contacter le service clientèle au (866) 345-0959. Il est disponible de 8 h à 17 h, heure centrale des États-Unis, du lundi au vendredi. Vous pouvez également envoyer vos documents par fax au (972) 512-5820 ou par courriel à ACEclaims@hsri.com.

Health Special Risk, Inc.

8400 Belleview Drive, Suite 150
Plano, Texas 75024