



ASSURANCE ACCIDENTS DIVERS

Adventist Risk Management, Inc.
12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904
BUREAU : (301) 453-7400 | **FAX :** (301) 453-7060
COURRIEL : claims@adventistrisk.org

L'assurance accidents divers est souscrite auprès d'AIG/Chartis Insurance et offre une couverture pour blessures corporelles accidentelles ou maladie (contractée lorsqu'il y a lieu) subies lors de la participation à des activités de groupe parrainées et supervisées par une église ou organisation, la couverture comprenant le voyage direct autorisé vers et depuis le lieu d'activité. La compagnie payera les premiers 100 USD de frais médicaux engagés. Les frais supplémentaires sont payés uniquement lorsqu'ils **dépassent les montants payables par tout autre régime** couvrant des frais médicaux. Les prestations concernant les décès, mutilations ou paralysies sont incluses. Lorsque l'assuré est en voyage en dehors d'un rayon de 100 milles (161 km) de son lieu de résidence permanente, la couverture assistance voyage s'applique en appelant AIG/Chartis Travel Assist au (877) 281 2344, pour demander une assistance à l'évacuation d'urgence.

Les éléments qui suivent sont nécessaires afin de pouvoir traiter efficacement et complètement une demande de règlement d'accidents divers :

_____ Une lettre du représentant du titulaire de la police (pasteur de l'église, ancien principal ou employé de la conférence) **qui atteste que l'accident s'est produit pendant que vous (le demandeur assuré) participiez à une activité planifiée, parrainée et supervisée, ou que vous vous rendiez ou vous reveniez d'une telle activité ;**

_____ Le " **formulaire de demande de règlement risques spéciaux accident et maladie**" rempli des deux côtés, signé par le demandeur, **le représentant du titulaire de la police**, et le médecin traitant, si la demande a trait à des frais médicaux faisant suite à un accident ;

_____ **Les factures médicales détaillées ;**

_____ **La déclaration de votre compagnie d'assurance personnelle** montrant le montant qu'elle a payé (ou le refus de payer des prestations). Ce point comprend l'exposé des prestations de Medicare.

_____ **La preuve de perte (mutilation accidentelle, paralysie)** lorsque votre demande concerne une mutilation ou une paralysie, remplie et signée par vous, le représentant du titulaire de la police, et le médecin traitant.

_____ **La preuve de perte (décès accidentel)** d'une personne assurée, remplie et signée par le représentant du titulaire de la police et par le bénéficiaire.

Soyez prêt à répondre si nécessaire à toute demande de pièces justificatives complémentaires de la part d'AIG/Chartis. La police comporte d'autres dispositions, limitations et exclusions. AIG/Chartis est le responsable ultime de la décision sur le paiement ou le refus de toute demande.

Envoyer tous les documents, soit par courriel à claims@adventistrisk.org, soit par la poste à Claims Services, Adventist Risk Management, 12501 Old Columbia Pike, Silver Spring, MD 20904. Adventist Risk Management vérifiera votre couverture au titre de l'assurance accidents divers et transmettra votre demande de règlement à AIG/Chartis Insurance pour qu'elle soit traitée. Pour toutes questions à ARM Claims Services, appelez le (301) 680-6870. Une fois votre demande soumise à AIG/Chartis, vous pourrez vérifier l'état d'avancement de votre dossier en appelant directement AIG/Chartis au (800) 551-0824, en donnant votre nom et le numéro de la police.

Compagnie d'assurance de l'État de Pennsylvanie
AIG/Chartis Insurance
c/o Adventist Risk Management
Attn: Customer Care
12501 Old Columbia Pike
Silver Spring, MD 20904
Tél. (301) 453-7400 Fax (301) 453-7060
Courriel : claims@adventistrisk.org

PREUVE DE PERTE

NOM DU GROUPE :

NUMÉRO DE LA POLICE :

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT RISQUES SPÉCIAUX ACCIDENT ET MALADIE

INSTRUCTIONS :

- 1) La PARTIE A doit être dûment remplie par un représentant désigné du titulaire de la police.
2) La PARTIE B doit être remplie, datée et signée par le demandeur ou le parent ou tuteur du demandeur, si celui-ci est mineur.
3) Joindre les factures détaillées de tous les frais médicaux objets de la demande, incluant le nom du demandeur, l'état traité (diagnostic), la description des services, la date du ou des services et les frais engagés pour chaque service. **VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DUMENT REMPLI ET LES FACTURES À L'ADRESSE CI-DESSUS.**

☐ RÉGIME PRIMAIRE - les prestations sont payables pour les frais médicaux couverts, depuis le premier dollar jusqu'au maximum de la police, sans tenir compte de versements qui peuvent être effectués par d'autres assurances.

☐ RÉGIME COMPLÉMENTAIRE - Les dépenses qui seront couvertes seront déterminées après que les prestations versées par une autre assurance valable et recouvrable aient été payées. Vous devez d'abord soumettre votre demande à votre autre compagnie d'assurance. Lorsque vous recevrez son relevé des prestations (EDI), veuillez nous l'envoyer avec les factures détaillées. Les prestations dues pour les dépenses admissibles seront payées selon les termes de la police.

La remise de ce formulaire, ou son acceptation par la société, ne doit pas être interprétée comme la reconnaissance d'une quelconque responsabilité de la part de la Compagnie, ni comme une renonciation d'une quelconque des conditions du contrat d'assurance.

PARTIE A - DOIT ÊTRE REMPLIE ET SIGNÉE PAR UN REPRÉSENTANT DÉSIGNÉ DU TITULAIRE DE LA POLICE

NOM ET/OU LIEU DU GROUPE, CLUB, TERRAIN DE SPORT, ÉCOLE, ETC.

NOM ET PRÉNOM DU DEMANDEUR (À ÉCRIRE LISIÈLEMENT OU DACTYLOGRAPHIER)

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (SI DISPONIBLE)

DATE DE NAISSANCE

NOM DU SUPERVISEUR

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE

DATE D'EXPIRATION (OU DATE À LAQUELLE ELLE A EXPIRÉ)

NATURE DES BLESSURES OU DE LA MALADIE (FAIRE UNE DESCRIPTION COMPLÈTE, DÉTAILLANT QUELLES SONT LES PARTIES DU CORPS QUI ONT ÉTÉ ATTEINTES).

DÉCRIRE OÙ, QUAND ET COMMENT L'ACCIDENT S'EST-IL PRODUIT (DATE ET HEURE).

NOM DE L'ACTIVITÉ

L'ACCIDENT S'EST-IL PRODUIT :
A. ALORS QUE LE DEMANDEUR ÉTAIT SUPERVISÉ :

☐ OUI ☐ NON

B. AU COURS D'UNE ACTIVITÉ COMMANDITÉE :

☐ OUI ☐ NON

INDIQUER LE SPORT (LE CAS ÉCHÉANT)

C. AUX HEURES PROGRAMMÉES :

☐ OUI ☐ NON

D. ALORS QU'IL VOYAGEAIT VERS OU QU'IL REVENAIT D'UNE ACTIVITÉ PLANIFIÉE DE FAÇON RÉGULIÈRE DANS UN GROUPE SUPERVISÉ :

☐ OUI ☐ NON

DATE DU DERNIER JOUR TRAVAILÉ

DATE DE RETOUR AU TRAVAIL

RÉMUNÉRATION HEBDOMADAIRE

REPRÉSENTANT DU TITULAIRE DE L'ASSURANCE (ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

POSTE

TÉLÉPHONE OÙ JOINDRE LE REPRÉSENTANT PENDANT LA JOURNÉE ()

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DU TITULAIRE DE L'ASSURANCE

DATE

PARTIE B - DOIT ÊTRE REMPLIE

LISTE DES NOMS, ADRESSES ET N° DE TÉLÉPHONES DES AUTRES COMPAGNIES D'ASSURANCE DANS LESQUELLES LE PRESTATAIRE EST ASSURÉ :

N° DE POLICE/N° DE COMPTE

SI LE DEMANDEUR EST MINEUR, NOM DU TUTEUR ET LIEN DE PARENTÉ AVEC LE DEMANDEUR

ADRESSE DU DEMANDEUR (SI LE DEMANDEUR EST MINEUR, NOM ET ADRESSE DU TUTEUR DU DEMANDEUR)

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU TUTEUR

NOM, ADRESSE, N° DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR (SI LE DEMANDEUR EST MINEUR, EMPLOYEUR DU TUTEUR)

N° DE TÉLÉPHONE OÙ JOINDRE L'EMPLOYEUR PENDANT LA JOURNÉE ()

JE CERTIFIE QU'À MA CONNAISSANCE, LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.

AUTORISATION et CESSION DES PRESTATIONS

Je soussigné autorise tout hôpital ou autre établissement de soins médicaux, médecin ou autre professionnel de la santé, pharmacie, organisation de prise en charge d'assurance, agence gouvernementale, titulaire de l'assurance groupe, compagnie d'assurance, association, employeur ou administrateur de régime de prestation, à fournir à la compagnie d'assurance susmentionnée ou à ses représentants, tous renseignements concernant les blessures subies ou maladie, les antécédents médicaux ou toute consultation, prescription ou traitement prodigués à la personne dont la mort, les blessures, la maladie ou les pertes sont à la base de la demande de règlement, ainsi que les copies de l'ensemble des dossiers hospitaliers ou médicaux, y compris les informations relatives aux maladies mentales et la consommation de drogues et d'alcool, afin de déterminer l'admissibilité aux prestations concernant la police dont le numéro est mentionné ci-dessus. J'autorise le titulaire du régime groupe de l'assurance, l'employeur ou l'administrateur du régime de prestations à fournir, à la compagnie d'assurance nommée ci-dessus, les renseignements financiers et relatifs à l'emploi. Je comprends que cette autorisation est valable pour la durée de la couverture de la police susmentionnée et qu'une copie de cette autorisation possède la même validité que l'original. Je comprends que moi ou mon représentant autorisé pouvons demander une copie de cette autorisation.

J'autorise le paiement des prestations médicales au médecin ou au fournisseur du service reçu. ☐ OUI ☐ NON

SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE LA PERSONNE AUTORISÉE

DATE

PARTIE C

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE MALADIE

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

1. MEDICARE ☐ (N° Medicare)		MEDICAID ☐ (N° Medicaid)		RÉGIME DE SANTÉ GROUPE CHAMPUS CHAMPVA ☐ (N° SS parrain)		FECA BLK LUNG ☐ (N° SS)		AUTRE ☐ (Identification)		1a. NUMÉRO D'IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ			
2. NOM DU PATIENT (prénom, initiale second prénom, nom)				3. DATE DE NAISSANCE DU PATIENT JJ / MM / AAAA		SEXE M ☐ F ☐		4. NOM DE L'ASSURÉ (prénom, initiale second prénom, nom)					
5. ADRESSE DU PATIENT (N°, rue)				6. LIEN DU PATIENT AVEC L'ASSURÉ LUI-MÊME ☐ CONJOINT ☐ ENFANT ☐ AUTRE ☐ (PRÉCISER)				7. ADRESSE DE L'ASSURÉ (N°, rue)					
VILLE		ÉTAT		8. ÉTAT CIVIL DU PATIENT Célibataire ☐ Marié ☐ Autre ☐				VILLE		ÉTAT			
CODE POSTAL		N° DE TÉLÉPHONE ()		Employé ☐ Étudiant à plein temps ☐ Étudiant à temps partiel ☐				CODE POSTAL		N° DE TÉLÉPHONE ()			
9. NOM D'UN AUTRE ASSURÉ				10. L'ÉTAT DU PATIENT A-T-IL UN RAPPORT AVEC : A. L'EMPLOI DU PATIENT ? OUI ☐ NON ☐ B. UN ACCIDENT DE LA ROUTE ? OUI ☐ NON ☐ C. UN AUTRE TYPE D'ACCIDENT ? OUI ☐ NON ☐				11. NUMÉRO DE POLICE DE GROUPE OU DE FECA DE L'ASSURÉ A. DATE DE NAISSANCE DU PATIENT JJ / MM / AAAA SEXE M ☐ F ☐ B. NOM DE L'EMPLOYEUR OU DE L'ÉCOLE C. NOM DE RÉGIME D'ASSURANCE OU DU PROGRAMME D. Y A-T-IL UN AUTRE RÉGIME DE PRÉVOYANCE SANTÉ ? OUI ☐ NON ☐ Dans l'affirmative, remplir les points 9 A à D					
A. NUMÉRO DE POLICE OU DE GROUPE DE L'AUTRE ASSURÉ		B. DATE DE NAISSANCE DE L'AUTRE ASSURÉ JJ / MM / AAAA		SEXE M ☐ F ☐									
C. NOM DE L'EMPLOYEUR OU DE L'ÉCOLE				D. NOM DU RÉGIME D'ASSURANCE OU DU PROGRAMME									
12. SIGNATURE DU PATIENT OU DE LA PERSONNE AUTORISÉE. J'autorise la diffusion de tous renseignements médicaux ou autres nécessaires au traitement de cette demande de règlement. Je demande également le paiement des prestations gouvernementales pour moi-même ou pour la partie qui accepte la cession ci-dessous.						13. SIGNATURE DE L'ASSURÉ OU DE LA PERSONNE AUTORISÉE. J'autorise le paiement des prestations médicales au médecin ou au fournisseur de service signataire désigné ci-dessous.							
Signature			Date			Signature			Date				
14. DATE DE LA PRÉSENTE : MALADIE (premier symptôme) OU GROSSESSE (date des dernières règles) OU BLESSURES (Accident) JJ MM AAAA				15. SI LE PATIENT A EU UNE MALADIE IDENTIQUE OU SIMILAIRE, DONNER LA DATE DE PREMIÈRE APPARITION : JJ / MM / AAAA				16. Dates de la période d'incapacité de travail du patient : DE : JJ / MM / AAAA À : JJ / MM / AAAA					
17. NOM DU MÉDECIN TRAITANT OU AUTRE SOURCE				17a. N° D'IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT				18. Dates d'hospitalisation liées aux services présents : DE : JJ / MM / AAAA À : JJ / MM / AAAA					
19. RÉSERVÉ À L'USAGE LOCAL						20. LABO EXTÉRIEUR ? COÛTS EN USD OUI ☐ NON ☐							
21. DIAGNOSTIC OU NATURE DE LA MALADIE OU DE LA BLESSURE (CONCERNE LES ÉLÉMENTS 1, 2, 3 OU 4 AU POINT 24E, PAR LIGNE) 1 3 2 4						22. RESOUMISSION MEDICAID CODE N° ORIGINAL DE RÉF. 23. NUMÉRO D'AUTORISATION PRÉALABLE							
24. A		B	C	D		E	F	G	H	I	J	K	
DATE(S) DU SERVICE DE JJ/MM/AA À JJ/MM/AA		Lieu du service	Type de service	FOURNITURES, SERVICES OU PROCÉDURES (Expliquer les circonstances inhabituelles) CPT/HCPCS MODIFICATEUR		CODE DIAGNOSTIC	COÛTS EN USD	JOURS OU UNITÉS	Régime familial DPSDT	EMG	COB	RÉSERVÉ À L'USAGE LOCAL	
25. N° D'ID IMPÔT FÉDÉRAL N° SS EIN ☐ ☐				26. N° DE COMPTE DU PATIENT		27. ACCEPTE LA CESSIION ? ☐ OUI ☐ NON		28. TOTAL DES COÛTS USD		29. MONTANT PAYÉ USD		30. SOLDE DÙ USD	
31. SIGNATURE DU MÉDECIN OU DU FOURNISSEUR (DONNER LES DIPLOMES OU TITRES DE COMPÉTENCE) (Je certifie que les déclarations s'appliquent à cette facture et qu'elles font partie de celui-ci.) SIGNATURE DATE				32. NOM ET ADRESSE DES INSTALLATIONS OÙ LES SERVICES ONT ÉTÉ RENDUS (si autre que la maison ou le bureau). 4-(H)- DOMICILE DU PATIENT 5- - ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE JOUR (PSY) 6- - ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE NUIT (PSY)				33. NOM, ADRESSE, CODE POSTAL ET N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN OU DU FOURNISSEUR N° DE PIN N° DE GRP					
CODES DES LIEUX DE SERVICES 1-(H) - SERVICES HOSPITALIERS INTERNES 2-(OH) - SERVICES HOSPITALIERS EXTERNES 3-(O) - CABINET DU MÉDECIN				7-(NH) MAISON DE REPOS 8-(SNF)- CENTRE DE SOINS SPÉCIALISÉS 9- - AMBULANCE				O-(OL)- AUTRES LIEUX A-(IL)- LABORATOIRE INDÉPENDANT B- - AUTRE					