



# DIVISION NORD-AMÉRICAIN PAIEMENTS MÉDICAUX ÉTAT DES PERTES

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904  
BUREAU : (301) 453-7400 | FAX : (301) 453-7060  
EMAIL claims@adventistrisk.org

## À REMPLIR PAR L'ORGANISATION ECCLÉSIASTIQUE

CONFERENCE: NOM DE  
L'ÉGLISE: ADRESSE DE  
L'ÉGLISE: VILLE: ÉTAT: CODE POSTAL:  
PERSONNE DE CONTACT DE L'ÉGLISE: ADRESSE ÉLECTRONIQUE:  
TÉLÉPHONE BUSINESS: RESIDENTIEL:

### ▷ SUR PERSONNE BLESSÉE :

: M.I. NOM DE FAMILLE: DATE DE NAISSANCE: NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE:  MÂLE  FEMME  
ADRESSE: VILLE: ÉTAT: CODE POSTAL:  
TÉLÉPHONE BUSINESS: RESIDENTIEL: ADRESSE ÉLECTRONIQUE:  
NOM DU PARENT / TUTEUR\*: LA DATE DE L'ACCIDENT (MM/JJ/AAAA) L'HEURE DE L'ACCIDENT AM PM  
DÉCRIRE LA BLESSURE:

COMMENT L'ACCIDENT S'EST-IL PRODUIT ?  
LIEU DE L'ACCIDENT - ADRESSE: VILLE: ÉTAT: CODE POSTAL:  
DATE DE L'ACCIDENT (MM/JJ/AAAA) LE TYPE D'ACTIVITÉ: PÉRIODE D'ACTIVITÉ - COMMENCÉE: REJET  
LA PERSONNE BLESSÉE A-T-ELLE UNE AUTRE ASSURANCE?  OUI  NO  
AUTRE NOM D'ASSURANCE: N  
AUTRE ASSURANCE - ADRESSE: VILLE: ÉTAT: CODE POSTAL:

### ▷ L'ACCIDENT S'EST-IL PRODUIT

**PENDANT :** ACTIVITÉ - ANIMATEUR: TITRE:  OUI  NON  BON  NON  NON  
FONCTIONNEMENT DE L'ÉGLISE : L'ÉCOLE BIBLIQUE DE VACANCES:  OUI  NON  OUI  NON  
PATHFINDER:  OUI  NON  
CAMP : AUTRE :  OUI  NO  
SOUS SURVEILLANCE:  OUI  NON  
AU COURS DE L'ACTIVITÉ DE SPOSED :  OUI  NON  
PENDANT LES HEURES PROGRAMMÉES :  OUI  NON  
DANS LES LOCAUX DE L'ACTIVITÉ :  OUI  NON  
LORSQUE VOUS VOUS RENDEZ À UNE ACTIVITÉ OU EN REVENEZ DANS UNE VOITURE AUTORISÉE :  OUI  NON  
DANS LE CADRE DE VOTRE EMPLOI :  OUI  NON

### ▷ TÉMOINS :

: TÉLÉPHONE BUSINESS: RESIDENTIEL:  
ADRESSE: VILLE: ÉTAT: CODE POSTAL:  
: TÉLÉPHONE BUSINESS: RESIDENTIEL:  
ADRESSE: VILLE: ÉTAT: ZIP CODE:  
: TÉLÉPHONE BUSINESS: RESIDENTIEL:  
ADRESSE: VILLE: ÉTAT: ZIP CODE:

Je certifie par la présente que les déclarations faites ci-dessus sont exactes à ma connaissance et je pense que le demandeur susmentionné était couvert par la présente assurance au moment de l'accident/la maladie.

▷ SIGNATURE DE L'AGENT DE CONTRÔLE: DATE (MM/JJ/AAAA):

**JOINDRE AU PRÉSENT FORMULAIRE LA DÉCLARATION DU MÉDECIN ET/OU LA FACTURE DÉTAILLÉE**

