

Bureau des réclamations : Executive Plaza IV, 11350 McCormick Road, Suite 102, Hunt Valley, MD 21031
N° de téléphone : 1 844 800-2486 | **Télécopieur :** 1 443 279-2901 | **Courriel :** redsky@archinsurance.com

Instructions de réclamation pour décès et mutilation accidentels

Le demandeur ou l'assuré doit remplir complètement le formulaire de réclamation pour décès et mutilation accidentels, le signer et le retourner avec les documents indiqués ci-dessous.

Veillez soumettre ce qui suit pour toutes les réclamations :

- Copies des documents de voyage de l'assuré confirmant les dates et l'itinéraire du voyage;
- Une copie du rapport de l'accident;
- Une copie du rapport de police sur l'accident;
- Une copie finale et certifiée du certificat de décès de la personne assurée;
- Une copie du rapport d'autopsie, le cas échéant;
- Une copie du rapport d'enquête, le cas échéant;
- Les dossiers médicaux de la blessure et du traitement;
- Les articles de journaux ou autres articles contenant les détails de l'accident;
- Toute autre information ou documentation qui pourrait aider à expliquer les circonstances de l'accident et du décès de l'assuré.

Votre réclamation doit être envoyée à l'adresse figurant au début de ces instructions.

Bureau des réclamations : Executive Plaza IV, 11350 McCormick Road, Suite 102, Hunt Valley, MD 21031
N° de téléphone : 1 844 800-2486 | **Télécopieur :** 1 443 279-2901 | **Courriel :** redsky@archinsurance.com

À remplir par le bénéficiaire qui réclame les prestations

Nom du demandeur/assuré		Numéro de police	
Adresse		Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	
		Date de naissance	
Partenaire(s) de voyage		Relation	Date de départ pour le voyage
			Date de retour de voyage
		Date de l'acompte initial pour le voyage	
		Date du décès	
Nom du bénéficiaire		N° de téléphone ()	
Adresse du bénéficiaire		Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	
		Date de naissance	
Relation entre le bénéficiaire et l'assuré		Adresse de courriel	
Décrire les circonstances de l'accident :			
Date et heure de l'accident		Lieu de traitement de l'assuré après l'accident	
Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>			
Le décès est-il survenu à la suite d'un accident de véhicule automobile?			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Emplacement de l'accident			
Rue			
Ville			
Province		Pays	
Nom de la personne conduisant le véhicule au moment de l'accident			
Informations sur le témoin/passager (nom, adresse, numéro de téléphone)			
Informations sur le témoin/passager (nom, adresse, numéro de téléphone)			



Arch Insurance Canada Ltd.
Formulaire de réclamation pour décès et
mutilation accidentels

Bureau des réclamations : Executive Plaza IV, 11350 McCormick Road, Suite 102, Hunt Valley, MD 21031
N° de téléphone : 1 844 800-2486 | **Télécopieur :** 1 443 279-2901 | **Courriel :** redsky@archinsurance.com

Autres conducteurs impliqués (nom, adresse, numéro de téléphone)	
<hr/> <hr/>	
Autres conducteurs impliqués (nom, adresse, numéro de téléphone)	
<hr/> <hr/>	
Nom de l'agence d'application de la loi faisant enquête sur l'accident	N° de téléphone ()
Quelqu'un a-t-il été cité par la police? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Une enquête a-t-elle eu lieu? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Nom du tribunal tenant une audience :	
Une autopsie a-t-elle été effectuée? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si c'est le cas, veuillez soumettre une copie du rapport.	

Toute personne qui tente sciemment ou qui a l'intention de nuire à toute compagnie d'assurance, de la frauder ou de la tromper, ou qui envoie une réclamation contenant des informations fausses, incomplètes ou trompeuses pourra être déclarée coupable d'un acte criminel puni par la loi.

J'ai lu ce qui précède et les réponses ci-dessus sont exactes et complètes selon ma connaissance.

Signature du demandeur

Date