

Formulaire pour annulation ou interruption du forfait de ski



Service des sinistres :

Red Sky Claims, C/O Arch Insurance Company

Executive Plaza IV | 11350 McCormick Road, Suite 102 | Hunt Valley, MD 21031, États-Unis

Téléphone sans frais : (844) 800-2486 | **Télécopieur :** (443) 279-2901 | **Courriel :** redsky@archinsurance.com

Toute personne qui soumet sciemment une réclamation fautive ou frauduleuse dans le but de recevoir un paiement pour une perte ou d'obtenir une prestation, ou qui soumet sciemment de faux renseignements dans une proposition d'assurance est coupable d'un crime et pourrait être passible d'une amende et d'une peine de prison.



Doit être rempli par l'assuré ou l'invité

Nom de l'assuré ou de l'invité		N° de transaction	
Adresse		Téléphone au travail	Téléphone au domicile
		Adresse de courriel	Date de naissance
Date d'achat du forfait de ski	Date de l'incident	Date d'annulation ou interruption du forfait de ski	Date d'annulation
Date du début du forfait de ski	Date de la fin du forfait de ski	Nom de la station où vous avez acheté votre forfait de ski:	
Un crédit a-t-il été émis pour l'annulation du laissez-passer de ski? Dans l'affirmative, quel était le montant de ce crédit?		Avez-vous l'intention d'utiliser ce crédit?	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Remplir le formulaire suivant et joindre la documentation de votre achat et annulation. S'il vous plaît expliquer brièvement votre demande.			

À remplir par l'assuré ou l'invité si la réclamation est motivée par une maladie ou une blessure

Nom du patient		Date de naissance (mm/jj/aa)	
Date de la première apparition des symptômes (mm/jj/aa)	Première visite chez le médecin (mm/jj/aa)	L'accident avec blessure a-t-il impliqué un véhicule moteur?	
Dans l'affirmative, dresser la liste de toutes les parties impliquées, les compagnies d'assurances et les numéros de polices.			
Un rapport de police a-t-il été soumis?	Dans l'affirmative, veuillez identifier le service de police où le rapport a été soumis.		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Le patient a-t-il été traité pour ce problème de santé avant l'achat de l'assurance?		Dans l'affirmative, quand?	
Si le voyage a été annulé en raison d'un décès, veuillez fournir une copie du certificat de décès et la relation avec l'assuré ou l'invité.			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Nom et adresse du médecin de famille qui a été le premier à traiter ce problème de santé		N° de téléphone du médecin	N° de télécopieur du médecin
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Nom et adresse du médecin de premier recours du lieu de résidence du patient		N° de téléphone du médecin	N° de télécopieur du médecin
Nom et adresse du ou des autres médecins qui ont traité ce problème de santé et cette spécialité		N° de téléphone du médecin	N° de télécopieur du médecin
Nom de l'hôpital (le cas échéant)		Date(s) de l'admission et de la sortie	N° de téléphone de l'hôpital
			N° de télécopieur de l'hôpital

Continué sur la page suivante →

Formulaire pour annulation ou interruption du forfait de ski



Service des sinistres :

Red Sky Claims, C/O Arch Insurance Company

Executive Plaza IV | 11350 McCormick Road, Suite 102 | Hunt Valley, MD 21031, États-Unis

Téléphone sans frais : (844) 800-2486 | **Télécopieur :** (443) 279-2901 | **Courriel :** redsky@archinsurance.com

Toute personne qui soumet sciemment une réclamation fautive ou frauduleuse dans le but de recevoir un paiement pour une perte ou d'obtenir une prestation, ou qui soumet sciemment de faux renseignements dans une proposition d'assurance est coupable d'un crime et pourrait être passible d'une amende et d'une peine de prison.



Autorisation de divulgation des renseignements

Ski Pass Preserver est souscrite par Arch Insurance Canada Ltd.

À tout fournisseur de soins médicaux, institution de soins médicaux, assureur, régime de santé sous le parrainage du gouvernement ou employeur : J'autorise la divulgation de tous les renseignements médicaux me concernant à Arch Insurance Company ou à son représentant autorisé. Ceci s'applique à tous les renseignements sur le diagnostic, le traitement ou le pronostic de toute maladie ou blessure que j'ai actuellement ou que j'ai eue dans le passé. À toute compagnie d'assurances, organisation, agence de voyages, ou tout transporteur aérien, croisiériste, organisateur de voyages, agence de location, hôtel, motel ou toute entité similaire fournissant du logement sur une base de location, ainsi qu'à toute autre personne pouvant avoir des renseignements au sujet de cette réclamation : J'autorise la divulgation de tout renseignement requis au sujet de cette réclamation et de la perte rapportée.

L'entreprise utilisera ces renseignements pour déterminer si une réclamation est admissible. Tout renseignement obtenu ne sera pas divulgué par l'entreprise sauf à ma compagnie d'assurance principale (le cas échéant) ou aux personnes, ou aux organisations faisant enquête ou offrant des services juridiques pour l'entreprise en relation avec cette réclamation. Une copie de cette autorisation sera considérée comme étant aussi en vigueur et valide que l'original et doit rester en vigueur pendant une année à partir de la date d'autorisation. Je certifie que les renseignements que j'ai fournis pour soutenir ma réclamation sont exacts et véridiques. Il est entendu que toute personne qui sciemment et avec l'intention de commettre une fraude ou de tromper une compagnie d'assurances soumet une réclamation contenant des renseignements faux quant au fond, incomplets ou trompeurs pourra faire l'objet de poursuites pour fraude à l'assurance.

Signature du patient ou du représentant autorisé _____ Date _____

Dans le cas d'un représentant autorisé, la relation avec le patient _____

ou la désignation légale _____

Déclaration du médecin traitant



Service des réclamations : Red Sky Claims, C/O Arch Insurance Company
Executive Plaza IV, 11350 McCormick Road, Suite 102, Hunt Valley, MD 21031



N° de téléphone : 1-844-800-2486 | **Télécopieur :** 443 279-2901 | **Courriel :** redsky@archinsurance.com

Section 1 : À remplir par le demandeur/assuré

À propos du demandeur

Nom du demandeur/assuré		Numéro de police		
Adresse (rue, ville, État/province, code postal/zip)				
Sexe	Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>	Date de naissance	Date de départ pour le voyage
Date d'achat de la police				

À propos du patient - Remplir seulement si différent de l'assuré

Nom du patient		
Le patient voyageait-il avec l'assuré?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Relation entre le patient et l'assuré		

Section 2 : À remplir par le médecin

À propos du diagnostic et du traitement

Diagnostic/Code ICD-9 (diagnostic primaire)	
Diagnostic/Code ICD-9 (diagnostic secondaire)	
Date d'apparition des premiers symptômes	Date de la première consultation par ce patient pour ce problème de santé
Le patient a-t-il déjà eu ce problème auparavant? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, quand?
Ce problème est-il une exacerbation d'une complication résultant d'un problème existant? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, quel était ce problème de santé?
Si le patient a été recommandé par un autre médecin, nom et numéro de téléphone de ce médecin	
Si le patient a été recommandé à un autre médecin, nom et numéro de téléphone de ce médecin	
Date des consultations médicales liées au problème ayant causé l'annulation ou l'interruption du voyage.	
Date de la consultation	Décrire le problème/le traitement
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Le patient a-t-il été hospitalisé pour ce problème ou pour des problèmes connexes au cours des 12 derniers mois? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, la date d'admission et la date de sortie?

À propos du problème de santé dans son lien avec le voyage

L'assuré/le voyageur a-t-il été dans l'impossibilité de voyager à la date d'achat de la police indiquée dans la section 1 ci-dessus? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si le patient était le voyageur, avez-vous avisé le patient d'annuler ou d'interrompre le voyage en raison de ce problème de santé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, veuillez préciser :	Sinon, quelle était la date raisonnable d'annulation/interruption de voyage pour le patient?
Date à laquelle vous avez avisé le patient d'annuler le voyage :	

Déclaration du médecin traitant



Service des réclamations : Red Sky Claims, C/O Arch Insurance Company
Executive Plaza IV, 11350 McCormick Road, Suite 102, Hunt Valley, MD 21031



N° de téléphone : 1-844-800-2486 | **Télécopieur :** 443 279-2901 | **Courriel :** redsky@archinsurance.com

Section 2, suite : À remplir par le médecin

À propos du problème de santé dans son lien avec le voyage, suite

Si le patient n'était pas le voyageur, avez-vous avisé le voyageur d'annuler ou d'interrompre le voyage en raison du problème de santé du non-voyageur? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, veuillez préciser :	Sinon, quelle était la date raisonnable d'annulation/interruption de voyage pour le patient?
Date à laquelle vous avez avisé le voyageur d'annuler le voyage :	
Si le problème de santé était lié à la grossesse, quand cette grossesse a-t-elle été diagnostiquée?	Si le problème est lié à la grossesse, date prévue de l'accouchement
Le patient a-t-il été hospitalisé au cours de son voyage? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Était-ce une admission en salle d'urgence? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom et emplacement de l'hôpital	
Date d'admission	Date de sortie

Renseignements sur le médecin et sa signature

Veuillez noter : Tous les renseignements demandés ci-dessus sont nécessaires pour le traitement de la demande du demandeur/de l'assuré. Tout élément omis entraînera un retard dans le traitement.

Veuillez joindre les copies des dossiers de bureau sur le patient pour les six mois précédant la date de départ pour ce voyage.

Toute personne qui tente sciemment ou qui a l'intention de nuire à, frauder ou tromper toute compagnie d'assurance, ou qui envoie une demande contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs 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 médecin	Date
Nom du médecin	
Numéro de licence	Spécialité
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur