Président de mission

Faciliter la soumission des demandes d'indemnisation

Ce formulaire peut être utilisé pour soumettre une demande de prestations médicales, dentaires ou pharmaceutiques*.

(si des fonds personnels ont été utilisés)*

Si vous déposez une demande pour plus d'une personne, un formulaire distinct est nécessaire pour chacun des membres de la famille.

Comment compléter ce formulaire

- Remplissez l'ensemble du formulaire à l'encre noire
- Cochez vos réponses, le cas échéant, d'un « X », comme suit : ☒
- Revérifiez l'exactitude de vos données de paiement.
- Signez et datez l'autorisation
- Inscrivez votre numéro d'identification de membre sur chaque document soumis avec votre formulaire de demande d'indemnisation
- Conservez une copie du formulaire rempli pour vos dossiers.

Soumettre votre demande d'indemnisation

Une fois le formulaire de demande d'indemnisation rempli, vous devez l'envoyer avec vos factures et reçus justificatifs détaillés. Si vos reçus sont petits, vous devez les coller sur une feuille de papier de taille normale. Vous pouvez ensuite soumettre les documents de la manière qui vous convient le mieux. Nous traiterons votre demande et vous répondrons dans un délai de 10 à 14 jours calendaires.

- **Envoyez-les par courriel***
  Envoyez les pièces jointes à aiservice@aetna.com
  REMARQUE : La taille des pièces jointes est limitée à 10 Mo
- **Envoyez-la par courrier**
  Aetna International/Aetna. PO Box 981543, El Paso, TX 79998-1543, USA

Pour connaître le statut d'une demande d'indemnisation ou obtenir un service, appelez :

États-Unis direct : +1 813 775 0141, (TTY : 711)

Certains services peuvent nécessiter des informations supplémentaires

Pour certains services, vous devrez fournir des documents supplémentaires. Si votre demande d'indemnisation entre dans l'une des catégories ci-dessous, vous devrez fournir les éléments supplémentaires mentionnés.

Services prothétiques (couronnes, bridges ou prothèses dentaires) :

- Radiographies (ou rapport narratif du dentiste, si les radiographies ne sont pas disponibles)
- Un dossier dentaire indiquant les dents manquantes et les dates d'extraction
- Date de la mise en place de la prothèse précédente et justification du remplacement, le cas échéant

Services parodontaux :

- Radiographies
- Parodontologie préopératoire datée et actuelle représentation graphique

Services d'orthodontie :

- Date de mise en place de l'appareil
- Nombre de mois de traitement
- Nombre de mois de traitement restants

Services relatifs à des blessures accidentelles

- Radiographies avant traitement
- Détails de l'accident

1 Données personnelles

À propos du membre (Président de mission)

Nom (tel qu'il figure sur votre carte d'identité Aetna - , y compris le prénom complet)

Prénom(s) :

Nom de famille :

Numéro d'identification Aetna (tel qu'il figure sur votre carte de membre Aetna)

Date de naissance (MMDDYYYY) Sexe

☐ Homme ☐ Femme

Coordonnées de la personne contact

Numéro de téléphone *(inclure l'indicatif régional et/ou l'indicatif du pays)* :

Adresse courriel :

Adresse

Rue de l'adresse :

Ville :

État/province :

Pays :

Code postal/ZIP :

2 Détails du remboursement

Où souhaitez-vous que le remboursement soit envoyé ?

☒ Pour le membre (Président de mission)

Quelles données de paiement devons-nous utiliser pour vous rembourser ?

☒ Utilisez les informations fournies dans la section Détails du paiement ci-dessous pour établir un choix de remboursement récurrent (RRE) ou mettre à jour votre RRE actuel.

Comment devons-nous traiter votre remboursement ?

☒ Par virement bancaire d'Aetna sur le compte bancaire indiqué ci-dessous.
Il s'agit du mode de remboursement le plus simple.

Dans quelle devise souhaitez-vous être remboursé, par exemple en livres sterling ?
Si la devise choisie n'est pas disponible pour la méthode de remboursement sélectionnée ci-dessus, nous procéderons par défaut à un virement en dollars américains (USD), si les coordonnées bancaires sont disponibles, ou à un chèque en dollars américains (USD) à l'ordre de la partie à laquelle le paiement est envoyé, s'il n'y a pas de coordonnées bancaires.

Pays :

Devise :

Remboursement pour les prestataires en dehors des États-Unis

Si, agissant raisonnablement, nous déterminons qu'une banque centrale ou un gouvernement ou une autorité gouvernementale compétente impose un taux de change fictif (notamment, sans s'y limiter, un taux de change incompatible avec le taux de change du marché libre) par rapport à une devise pertinente pour quelque raison que ce soit, nous pouvons, à notre seule discrétion, vous rembourser vos demandes valables au titre du présent accord pour un traitement dans ce pays, de la manière que nous pouvons raisonnablement décider. En procédant à cette détermination, nous chercherons à nous assurer que, conformément à la base fondamentale de tout contrat d'assurance, nous vous indemnisons pour votre perte (sous réserve des termes et conditions de votre police) mais que nous ne vous enrichissons pas injustement comme cela aurait pu être le cas si nous avions appliqué ce taux de change fictif pour vous payer dans une autre devise.

Prestataires du réseau Aetna en dehors des États-Unis

Le mode de remboursement peut consister en un paiement (i) dans la devise locale applicable (si cela est possible à la seule discrétion d'Aetna), ou (ii) si vous n'avez pas de compte bancaire dans cette devise locale, dans la devise dans laquelle la prime de la police a été payée, pour un montant égal à celui que nous aurions payé à notre**prestataire du réseau** dans la devise dans laquelle la prime a été payée conformément à nos obligations envers ce **prestataire du réseau** (comme nous pouvons raisonnablement le déterminer), sous réserve, dans chaque cas, du principe d'indemnisation que nous mentionnons plus haut.

Concernant le promoteur du régime

Nom

L'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours

Numéro de groupe (sur la carte de membre)

Concernant le patient

Nom

Prénom(s) :

Nom de famille :

Date de naissance (MMDDYYYY) Sexe

☐ Homme ☐ Femme

Lien avec le membre

☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

☐ Autre :

Prestataires hors réseau en dehors des États-Unis

Le mode de remboursement peut consister en un paiement (i) dans la devise locale applicable, sous réserve du principe d'indemnisation mentionné ci-dessus (si cela est possible à la seule discrétion d'Aetna), ou (ii) si vous ne disposez pas d'un compte bancaire dans cette devise locale, dans la devise dans laquelle la prime de la police a été payée, pour un montant égal aux **Frais raisonnables et coutumiers applicables.**

Détails du paiement

Si vous avez choisi de recevoir vos prestations par virement bancaire, veuillez compléter les informations ci-dessous.
Nous transférerons des fonds à votre banque sans frais pour vous, mais nous vous encourageons à vérifier auprès de votre banque si elle est susceptible de vous facturer des frais supplémentaires pour la réception de transferts de fonds.

Nom du titulaire du compte bancaire (tel qu'il apparaît sur le relevé bancaire)

Numéro du compte bancaire

Code d'identification bancaire/numéro de routage ou autre identifiant/code

☐ Code SWIFT/BIC (uniquement pour virement bancaire)

☐ Identifiant CHIPS (UID) ☐ Code de routage fédéral ABA

☐ Code d'identification bancaire

☐ IBAN* ☐ Autre**

(Veuillez vérifier auprès de votre banque les exigences en matière d'IBAN., qui, dans certains pays, sont obligatoires et doivent être fournies pour les opérations de paiement de demandes de transfert de fonds bancaires, comme dans les Émirats arabes unis (EAU).*

*** Utilisez le champ « Autre » pour décrire les codes ou identifiants alternatifs déclarés, tels que le code de la banque/de la succursale, le numéro RUT, le code IFSC, le numéro KBA.*

Coordonnées bancaires

Nom de la banque :

Rue de l'adresse :

Ville :

État/province :

Pays :

Code postal/ZIP :

Numéro de téléphone *(inclure l'indicatif régional et/ou l'indicatif du pays)* :

3 Détails de la demande d'indemnisation

Pour quel(s) type(s) de service(s) introduisez-vous une demande d'indemnisation ? *Reportez-vous aux documents de votre régime pour vérifier la ou les couverture(s) offerte(s) par votre régime.*

☐ Médical ☐ Pharmacie ☐ Dentaires - veuillez joindre le formulaire GC-14423_____
(Identifier le numéro de la dent correspondante pour toutes les procédures dentaires)

Répondez « Oui » ou « Non »
La demande d'indemnisation est liée à un accident ou à une maladie d'origine professionnelle. ☐ Oui ☒ Non

Veuillez noter :
Utilisez l'espace ci-dessous pour résumer chaque cas de traitement pour lequel vous déposez une demande d'indemnisation. Si vous devez présenter une demande d'indemnisation pour plus des deux cas, veuillez également compléter la page 3 et la renvoyer avec le présent formulaire.

☐ Cochez cette case si seuls les résumés de traitement ci-dessous sont inclus dans cette demande d'indemnisation.

Résumé du traitement

Date du traitement (MMDDYYYY) Coût total (avec devise)

Lieu de la demande d'indemnisation - Nom et adresse du prestataire

Ville :
État/province :
Pays :
Code postal/ZIP :

Description du service
c'est-à-dire le type de traitement, le nom du médicament ou de l'appareil

Motif de la visite

Type du patient
☐ Patient hospitalisé

Dans le cas d'un patient hospitalisé...
Quelle a été la date d'admission ? (MMDDYYYY) Et la date de sortie ? (MMDDYYYY)

Résumé du traitement

Date du traitement (MMDDYYYY) Coût total (avec devise)

Lieu de la demande d'indemnisation - Nom et adresse du prestataire

Ville :
État/province :
Pays :
Code postal/ZIP :

Description du service
c'est-à-dire le type de traitement, le nom du médicament ou de l'appareil

Motif de la visite

Type du patient
☐ Patient hospitalisé

Dans le cas d'un patient hospitalisé...
Quelle a été la date d'admission ? (MMDDYYYY) Et la date de sortie ? (MMDDYYYY)

Veuillez noter :
Utilisez l'espace ci-dessous pour résumer chaque cas de traitement pour lequel vous déposez une demande d'indemnisation. Si vous devez présenter une demande d'indemnisation pour plus des deux cas supplémentaires (ci-dessous), veuillez copier cette page avant de continuer et renvoyer les feuilles supplémentaires avec ce formulaire.

Veuillez renuméroter les pages des copies supplémentaires en commençant par la page 5.

Résumé du traitement

Date du traitement

Coût total (avec devise)

Lieu de la demande d'indemnisation - Nom et adresse du prestataire

Ville :

État/province :

Pays :

Code postal/ZIP :

Description du service
c'est-à-dire le type de traitement, le nom du médicament ou de l'appareil

Motif de la visite

Type du patient
☐ Patient hospitalisé

Dans le cas d'un patient hospitalisé...
Quelle a été la date d'admission ? (MMDDYYYY)

Et la date de sortie ? (MMDDYYYY)

Résumé du traitement

Date du traitement

Coût total (avec devise)

Lieu de la demande d'indemnisation - Nom et adresse du prestataire

Ville :

État/province :

Pays :

Code postal/ZIP :

Description du service
c'est-à-dire le type de traitement, le nom du médicament ou de l'appareil

Motif de la visite

Type du patient
☐ Patient hospitalisé

Dans le cas d'un patient hospitalisé...
Quelle a été la date d'admission ? (MMDDYYYY)

Et la date de sortie ? (MMDDYYYY)

4 Autre couverture santé existante

Un membre de votre famille est-il couvert par un autre régime d'assurance maladie, par Medicare ou par tout autre régime fédéral, étatique, national ou social des États-Unis ?

☒ Non →passez directement au point 6 (Autorisation)

5 Consentement au traitement des données relatives à la santé

Les informations que vous avez fournies dans ce formulaire de déclaration contiennent des données personnelles ainsi que des données de santé. Afin de vous aider à prendre une décision éclairée quant à votre consentement au traitement de vos données de santé, nous vous fournissons quelques informations ci-dessous.

Aetna Life & Casualty (Bermudes) Ltd., Aetna Life Insurance Company (« Aetna », « nous ») est l'organisme responsable de toutes les données que vous avez fournies dans ce formulaire, y compris les données de santé. Nous protégeons la confidentialité des données contenues dans ce formulaire, conformément aux lois et règlements applicables en matière de confidentialité, ainsi qu'aux politiques de confidentialité de notre entreprise.

Nous utiliserons les données personnelles et les données de santé fournies avec ce formulaire de demande pour évaluer, traiter et gérer votre déclaration.

Nous conserverons vos données personnelles et vos données de santé aussi longtemps que nécessaire à ces fins. En outre, nous pouvons conserver les données relatives aux déclarations pendant dix ans à compter de la date de clôture de votre déclaration afin de satisfaire nos obligations légales ou réglementaires.

Il est possible que nous révélions des renseignements vous concernant à des tiers dans le but d'évaluer, de traiter et de gérer votre déclaration. Nous demeurerons le responsable du traitement des données et exigerons de ces tiers qu'ils protègent vos données. Les renseignements que vous fournissez dans cette déclaration seront traités aux États-Unis, conformément aux modalités de la police d'assurance applicable.

Pour de plus amples informations sur vos droits en matière de confidentialité des données et sur les personnes à contacter si vous avez des questions sur les pratiques d'Aetna en matière de confidentialité, vous pouvez consulter notre politique de confidentialité complète sur **https://www.aetnainternational.com/en/about-us/legal-notices.html**.

Veuillez noter qu'en refusant de donner votre consentement, nous pourrions ne pas être en mesure de poursuivre le traitement de votre demande ou de disposer de suffisamment de renseignements pour prendre une décision en toute connaissance de cause concernant votre déclaration.

6 Autorisation

Pour tous les virements électroniques

Par la présente, j'autorise Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company et toute autre filiale (« Aetna ») et/ou leurs représentants à effectuer les paiements de prestations à moi-même et/ou aux personnes à ma charge par virement sur mon compte auprès de la banque ou de l'établissement financier indiqué sur ce formulaire. J'accepte d'avertir Aetna par écrit de tout changement relatif aux informations fournies sur ce formulaire ou du retrait de cette autorisation. Je certifie que, si pour n'importe quelle raison, un paiement de prestation non dû est viré sur mon compte, je reverserai immédiatement la somme totale correspondant à ce paiement. J'accepte en outre qu'en cas de non-remboursement de telles sommes, je serai personnellement responsable des frais de recouvrement (y compris les frais légaux normaux et l'intérêt maximum permis par la loi).

Autorisation pour soins médicaux, pharmaceutiques et dentaires

Doit être signé et daté.

J'autorise tous les médecins, autres professionnels de santé, pharmacies/pharmaciens, hôpitaux et établissements de soins à fournir à Aetna et à toute partie indépendante agissant au nom d'Aetna ou avec laquelle Aetna a conclu un contrat, des informations concernant les soins de santé, les conseils, les traitements ou les fournitures fournis au patient (y compris ceux liés aux maladies mentales et/ou au SIDA/ARC/VIH). Ces informations seront utilisées pour l'évaluation et le traitement des demandes. Aetna peut fournir au promoteur du régime désigné sur ce formulaire tout calcul de prestations utilisé pour le paiement de cette demande d'indemnisation dans le but d'examiner l'expérience et le fonctionnement de la police/du contrat. Cette autorisation est valide pour la durée du contrat/de la police d'assurance pour laquelle la demande est soumise. Je sais que j'ai le droit de recevoir une copie de cette autorisation sur demande et reconnaît la validité de cette copie au même titre que l'original.

En outre, j'autorise Aetna à traiter mes données médicales aux fins du traitement de ma déclaration, en vertu de l'article 5, Consentement au traitement des données relatives aux déclarations.

Attention : le fait de fournir des informations fausses ou trompeuses à un assureur dans le but de frauder l'assureur ou toute autre personne constitue un délit.. et est passible d'emprisonnement et/ou d'amende. De plus, une société d'assurance peut refuser les prestations si le prestataire a fourni de fausses informations relatives à la demande.

Vous pouvez décider d'utiliser une forme de signature électronique sur ce formulaire de demande d'indemnisation pour confirmer la vérification et la déclaration, par vos soins, des détails communiqués ci-dessus.. Pour éliminer toute incertitude, une telle signature électronique sera valable et opposable, comme si vous aviez apposé votre signature originale. Nous pouvons invoquer une telle signature électronique comme vérification et déclaration opposables confirmant que les informations ci-dessus sont exactes et nullement trompeuses à quelque égard que ce soit.

Signature du patient ou de la personne autorisée

Date de signature (MMDDYYYY)

Les sociétés Aetna ne peuvent pas payer pour des services de santé fournis dans un pays sanctionné par les États-Unis, à moins d'y être autorisées par une licence écrite de l'Office of Foreign Asset Control (OFAC). Pour en savoir plus, consultez le site Web du Trésor américain à l'adresse : **www.treasury.gov/resource-center/sanctions**

Couverture souscrite par Aetna Life Insurance Company et/ou Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

Fausse déclaration/ fraude
Toute personne qui sciemment et avec l'intention de frauder, de tromper ou de décevoir toute compagnie d'assurance ou une autre personne, présente une proposition d'assurance ou une demande de règlement renfermant des renseignements faux ou omet volontairement de divulguer des renseignements importants qui s'y rattachent, commet un acte frauduleux, qui constitue un crime passible de pénalités criminelles et civiles.
Déclarations frauduleuses ci-dessous aux États-Unis :
Avis aux résidents de l'Alabama : Toute personne qui présente sciemment une demande fausse ou frauduleuse de paiement d'un sinistre ou d'une prestation ou qui présente sciemment de fausses informations dans une demande d'assurance se rend coupable d'un crime et peut être soumise à des amendes de restitution ou à une peine d'emprisonnement, ou à une combinaison de ces deux peines. **Avis aux résidents de l'Arkansas, du district de Columbia, du Rhode Island et de la Virginie-Occidentale :** Toute personne qui présente sciemment une demande fausse ou frauduleuse de paiement d'un sinistre ou d'une prestation ou qui présente sciemment de fausses informations dans une demande d'assurance se rend coupable d'un crime et peut être soumise à des amendes et à une peine d'emprisonnement.
Avis aux résidents de Californie : Pour votre protection, la loi californienne exige que les informations suivantes figurent sur ce formulaire : Toute personne qui présente sciemment une demande fausse ou frauduleuse de paiement d'une perte se rend coupable d'un crime et peut être condamnée à des amendes et à une peine d'emprisonnement dans une prison d'État. **Avis aux résidents du Colorado :** Il est illégal de fournir sciemment des faits ou des informations faux, incomplets ou trompeurs à une compagnie d'assurance dans le but de frauder ou de tenter de frauder cette compagnie. Les sanctions peuvent inclure des peines d'emprisonnement, des amendes, le refus d'assurance et des dommages-intérêts civils. Toute compagnie d'assurance ou tout agent d'une compagnie d'assurance qui fournit sciemment des faits ou des informations faux, incomplets ou trompeurs à un assuré ou à un demandeur dans le but de frauder ou de tenter de frauder l'assuré ou le demandeur en ce qui concerne un règlement ou une indemnité payable sur le produit de l'assurance doit être signalé à la division des assurances du Colorado au sein du département des agences de régulation. **Avis aux résidents de Floride :** Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de nuire, de frauder ou de tromper un assureur, dépose une déclaration de sinistre ou une demande contenant des informations fausses, incomplètes ou trompeuses, se rend coupable d'une infraction grave de troisième degré. **Avis aux résidents du Kansas :** Toute personne qui, en connaissance de cause et dans l'intention de nuire, de frauder ou de tromper une compagnie d'assurance ou une autre personne, soumet un formulaire d'adhésion à une assurance ou une déclaration de sinistre contenant des informations matériellement fausses ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant un fait important, peut avoir enfreint la loi de l'État. **Avis aux résidents du Kentucky :** Toute personne qui, en connaissance de cause et dans l'intention de **frauder** une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une déclaration de sinistre contenant des informations matériellement **fausses** ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant un fait important, commet un acte d'assurance frauduleux, qui constitue un **délit**. **Avis aux résidents de la Louisiane :** Toute personne qui présente sciemment une demande fausse ou frauduleuse de paiement d'une perte ou d'une prestation ou qui présente sciemment de fausses informations dans une demande d'indemnisation se rend coupable d'un crime et peut être soumise à des amendes et à une peine d'emprisonnement. **Avis aux résidents du Maine et du Tennessee :** Fournir sciemment des informations fausses, incomplètes ou trompeuses à une compagnie d'assurance dans le but de la frauder constitue un délit. Les sanctions peuvent inclure des peines d'emprisonnement, des amendes ou le refus d'accorder des prestations d'assurance. **Avis aux résidents du Maryland :** Toute personne qui présente sciemment ou volontairement une demande fausse ou frauduleuse de paiement d'un sinistre ou d'une prestation ou qui présente sciemment ou volontairement de fausses informations dans une demande d'assurance se rend coupable d'un délit et peut être passible d'amendes et d'une peine d'emprisonnement. **Avis aux résidents du Missouri :** Fournir sciemment des informations fausses, incomplètes ou trompeuses à une compagnie d'assurance dans le but de la frauder constitue un délit. Les sanctions comprennent des peines d'emprisonnement, des amendes, le refus d'assurance et des dommages-intérêts civils, tels que déterminés par un tribunal. Toute personne qui, en connaissance de cause et dans l'intention de nuire, de frauder ou de tromper une compagnie d'assurance, peut se rendre coupable de fraude selon la décision d'un tribunal. **Avis aux résidents du New Jersey :** Toute personne qui inclut des informations fausses ou trompeuses dans une demande de police d'assurance ou qui dépose sciemment une déclaration de sinistre contenant des informations fausses ou trompeuses est passible de sanctions pénales et civiles. **Avis aux résidents de Caroline du Nord :** Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de nuire, de frauder ou de tromper une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une proposition d'assurance ou une déclaration de sinistre contenant des informations matériellement fausses ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant un fait important, commet un acte d'assurance frauduleux, qui peut constituer un délit et expose cette personne à des sanctions pénales et civiles. **Avis aux résidents de l'Ohio :** Est coupable de fraude à l'assurance toute personne qui, dans l'intention de frauder ou en sachant qu'elle facilite une fraude à l'encontre d'un assureur, soumet une demande ou dépose une réclamation contenant une déclaration fausse ou trompeuse. **Avis aux résidents de l'Oklahoma :** ATTENTION : Toute personne qui, en connaissance de cause et dans l'intention de nuire, de frauder ou de tromper un assureur, présente une demande d'indemnisation au titre d'une police d'assurance contenant des informations fausses, incomplètes ou trompeuses, se rend coupable d'un délit grave. **Avis aux résidents de l'Oregon :** Toute personne qui, dans l'intention de nuire, de frauder ou de tromper une compagnie d'assurance ou une autre personne, soumet un formulaire d'adhésion à l'assurance ou une déclaration de sinistre contenant des informations matériellement fausses ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant un fait important, peut avoir enfreint la loi de l'État. **Avis aux résidents de Pennsylvanie :** Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance ou une déclaration de sinistre contenant des informations matériellement fausses ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant un fait important, commet un acte d'assurance frauduleux, qui constitue un délit et expose cette personne à des sanctions pénales et civiles. **Avis aux résidents de Porto Rico :** Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de frauder, inclut de fausses informations dans une demande d'assurance ou dépose, aide ou encourage à déposer une demande frauduleuse pour obtenir le paiement d'une perte ou de toute autre prestation, ou dépose plus d'une demande pour la même perte ou le même dommage, commet un crime et, si elle est reconnue coupable, est punie pour chaque infraction d'une amende d'au moins cinq mille dollars (5 000 $) et ne dépassant pas dix mille dollars (10 000 $), ou d'une peine d'emprisonnement de trois (3) ans, ou de l'une de ces deux peines. En cas de circonstances aggravantes, la peine d'emprisonnement peut être portée à un maximum de cinq (5) ans ; en cas de circonstances atténuantes, la peine d'emprisonnement peut être réduite à un minimum de deux (2) ans. **Avis aux résidents du Texas :** Toute personne qui, en connaissance de cause et dans l'intention de nuire, de frauder ou de tromper une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une proposition d'assurance ou une déclaration de sinistre contenant une fausse déclaration intentionnelle sur un fait important ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant un fait important peut commettre un acte d'assurance frauduleux, qui peut constituer un délit et exposer cette personne à des sanctions pénales et civiles. **Avis aux résidents du Vermont :** Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de nuire, de frauder ou de tromper une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une proposition d'assurance ou une déclaration de sinistre contenant des informations matériellement fausses ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant un fait important, commet un acte d'assurance frauduleux, qui peut constituer un délit et exposer cette personne à des sanctions pénales et civiles. **Avis aux résidents de Virginie :** Toute personne qui, dans l'intention de frauder ou sachant qu'elle facilite une fraude à l'encontre d'un assureur, soumet une demande ou dépose une réclamation contenant une déclaration fausse ou trompeuse peut avoir enfreint la loi de l'État. **Avis aux résidents de l'État de Washington :** Fournir sciemment des informations fausses, incomplètes ou trompeuses à une compagnie d'assurance dans le but de la frauder constitue un délit. Les sanctions comprennent des peines d'emprisonnement, des amendes et le refus d'accorder des prestations d'assurance. **Avis aux résidents de New York :** Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance ou une déclaration de sinistre contenant des informations matériellement fausses ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant un fait important, commet un acte d'assurance frauduleux, qui constitue un délit, et est passible d'une amende civile ne dépassant pas cinq mille dollars et la valeur déclarée du sinistre pour chaque infraction.

Signature _____ **Date** _____