

**DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR /
ADMINISTRATEUR DU RÉGIME
À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATEUR DU
RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE**

Chubb du Canada compagnie d'assurance vie
199 rue bay, bureau 2500
CP 139, Commerce Court Postal Station
Toronto, Ontario M5L 1E2
T +1.416.594.2627 ou +1.877.337.9494
claims.A_H@chubb.com

Section I : Personne assurée principale / Employé / Membre (Cette section doit être remplie pour tous les types de sinistres, y compris ceux se rapportant aux personnes à charge.)		
Nom de la personne assurée principale / Employé / Membre :		N° d'identification de l'employé :
Titulaire de la police d'assurance collective :		
Numéro de police collective :	Numéro de la division :	Numéro de certificat :
Nom de l'employeur :		
Salaire annuel :		Occupation :
Date de prise d'effet de l'assurance :		Montant d'assurance :
Date d'emploi / d'adhésion :		
Travaille activement ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, veuillez indiquer la date du dernier jour au travail :	
Est-ce qu'une demande a déjà été soumise pour cet employé à la compagnie d'assurance Chubb ou à tout autre assureur ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer les dates :		
Date de l'accident, de la maladie ou du décès :		
Cette personne était-elle considérée comme un employé / membre, tel que défini dans la police, au moment du décès ou de la perte ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Dans l'affirmative, veuillez joindre le rapport d'incident et fournir des détails :		
Section II: Personne assurée principale / Employé / Membre (Cette section doit être remplie pour tous les types de sinistres, y compris ceux se rapportant aux personnes à charge.)		
Nom de la personne à charge :	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
Date de prise d'effet de la couverture :	Montant d'assurance :	
Est-ce qu'une demande a déjà été soumise pour cette personne à charge à la compagnie d'Assurance Chubb ou à tout autre assureur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer les dates :		
Section III : Renseignements sur le bénéficiaire (Veuillez remplir tous les formulaires de demande de règlement-décès et joindre les formulaires de désignation ou de changement de bénéficiaire.)		
Nom du bénéficiaire (le cas échéant) :	Lien de parenté :	
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Numéro de téléphone : ()		
Section IV : Renseignements sur l'administrateur / l'employeur		
Nom de l'administrateur (en caractères d'imprimerie s.v.p.) :		
Nom de la compagnie :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
N° de téléphone : ()	N° de télécopieur : ()	
Adresse électronique :		

Signature du demandeur

Date

VEUILLEZ JOINDRE LA FICHE D'ADHÉSION À LA PRÉSENTE DÉCLARATION