

**VEUILLEZ INDIQUER TOUTES LES DATES SELON LE FORMAT JOUR / MOIS / ANNÉE**

<b>Nom :</b>		
<b>Numéro de téléphone :</b> (       )		
<b>Adresse :</b>		
<b>Ville :</b>	<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>
<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		<b>Date de naissance :</b>
<b>Numéro d'assurance-maladie :</b>		

**RENSEIGNEMENTS SUR LE SINISTRE**

<b>Veillez décrire la nature et l'étendue de votre maladie grave :</b>		
<b>À quelle date le diagnostic a-t-il été posé ?</b>		
<b>S'il y a lieu, date de la chirurgie :</b>		
<b>Date à laquelle vos symptômes sont apparus pour la première fois :</b>		
<b>Veillez décrire ces symptômes :</b>		
<b>Date à laquelle vous avez consulté un médecin pour la première fois pour votre maladie :</b>		
<b>Nom du médecin :</b>	<b>Numéro de téléphone :</b> (       )	
<b>Adresse :</b>		
<b>Ville :</b>	<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>
<b>Avez-vous subi des tests ou autres examens en rapport avec le diagnostic ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ainsi que les dates :</b>		
<b>Avez-vous déjà souffert de, ou reçu un traitement pour une affection similaire ou connexe ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Dans l'affirmative, veuillez donner des détails et les dates :</b>		
<b>Avez-vous déjà présenté, à un moment quelconque, une demande de prestation en cas de maladie grave à un autre assureur ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ainsi que les dates :</b>		

## CONSULTATIONS MÉDICALES

<b>Nom de votre médecin personnel :</b>		
<b>Numéro de téléphone : (      )</b>		
<b>Adresse :</b>		
<b>Ville :</b>	<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>
<b>Veillez donner les détails concernant tout autre médecin ou spécialiste que vous avez consulté en rapport avec votre maladie :</b>		
<b>Nom :</b>	<b>Numéro de téléphone : (      )</b>	
<b>Adresse :</b>	<b>Ville :</b>	
<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>	<b>Date de la visite :</b>
<b>Nom :</b>	<b>Numéro de téléphone : (      )</b>	
<b>Adresse :</b>	<b>Ville :</b>	
<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>	<b>Date de la visite :</b>
<b>Nom :</b>	<b>Numéro de téléphone : (      )</b>	
<b>Adresse :</b>	<b>Ville :</b>	
<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>	<b>Date de la visite :</b>
<b>Nom :</b>	<b>Numéro de téléphone : (      )</b>	
<b>Adresse :</b>	<b>Ville :</b>	
<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>	<b>Date de la visite :</b>
<b>Si vous avez été traité dans un hôpital ou un établissement similaire, veuillez fournir les renseignements suivants :</b>		
<b>Nom de l'hôpital :</b>	<b>Ville :</b>	
<b>Date d'admission :</b>	<b>Date de sortie :</b>	
<b>Nom de l'hôpital :</b>	<b>Ville :</b>	
<b>Date d'admission :</b>	<b>Date de sortie :</b>	
<b>Nom de l'hôpital :</b>	<b>Ville :</b>	
<b>Date d'admission :</b>	<b>Date de sortie :</b>	
<b>Nom de l'hôpital :</b>	<b>Ville :</b>	
<b>Date d'admission :</b>	<b>Date de sortie :</b>	
<b>Quels autres traitements avez-vous reçus ou recevez-vous présentement en rapport avec votre maladie ? (p. ex.médicaments, thérapie, etc.)</b>		
<b>Type de traitement :</b>	<b>Établissement :</b>	
<b>Médecin prescripteur :</b>	<b>Dates :</b>	
<b>Type de traitement :</b>	<b>Établissement :</b>	
<b>Médecin prescripteur :</b>	<b>Dates :</b>	
<b>Type de traitement :</b>	<b>Établissement :</b>	
<b>Médecin prescripteur :</b>	<b>Dates :</b>	
<b>Type de traitement :</b>	<b>Établissement :</b>	
<b>Médecin prescripteur :</b>	<b>Dates :</b>	

### Attestation du demandeur

Les déclarations ci-dessus sont véridiques et complètes, au meilleur de ma connaissance. Les renseignements que j'ai fournis à l'appui de ma demande sont nécessaires à Assurance Chubb et à Assurance-vie Chubb (l'« assureur ») afin d'évaluer mon droit aux prestations. Je comprends également que l'assureur examinera ma demande afin d'évaluer mon droit aux prestations. Dans l'éventualité d'une déclaration fautive ou trompeuse de ma part dans la préparation de cette demande, la couverture peut être résiliée, le versement des indemnités peut être refusé et les indemnités versées pour des demandes antérieures peuvent être recouvrées. J'accepte de rembourser l'assureur pour tout montant versé dans le cas où de tels montants n'auraient pas dû être versés relativement à ma demande.

### Avis de confidentialité

Je comprends que les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire et dans tout autre document relatif à ma demande de règlement, sont requis par la compagnie d'Assurance Chubb et/ou Assurance-vie Chubb, de même que leurs réassureurs et administrateurs autorisés (« l'assureur ») afin d'évaluer mon droit aux prestations, y compris, mais sans s'y limiter, afin de déterminer si la couverture est en vigueur, d'étudier si des exclusions s'appliquent et de coordonner la couverture avec tous autres assureurs. À ces fins, l'assureur consultera également ses dossiers d'assurance existants à mon sujet, recueillera des renseignements supplémentaires à mon sujet, auprès de moi-même ou d'autres personnes, et recueillera et échangera, au besoin, des renseignements avec des tiers. L'assureur établira un dossier de demande de règlement dont l'accès sera limité aux employés et agents autorisés de l'assureur, ainsi qu'aux personnes autorisées par la loi. Si j'ai le droit d'accéder aux renseignements, l'accès me sera accordé ou sera accordé aux personnes que j'aurai désignées. Je comprends que, dans certains cas, les employés de la compagnie d'Assurance Chubb et/ou Assurance-vie Chubb, les fournisseurs de service, les agents, les réassureurs et n'importe lesquels de leurs fournisseurs, pourraient être situés dans des juridictions hors du Canada et que mes renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois de ces juridictions à l'étranger. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la distribution de mes renseignements personnels, tel que requis à ces fins, à compter de la date de la signature de la présente déclaration du demandeur et je comprends que ce consentement demeurera en vigueur jusqu'à sa révocation par moi-même.

Pour de plus amples renseignements concernant la politique en matière de protection des renseignements personnels de la compagnie d'Assurance Chubb et/ou Assurance-vie Chubb, veuillez voir le site [chubb.com/ca](http://chubb.com/ca) ou adresser une demande écrite au : Chef de la protection des renseignements personnels, Assurance Chubb et/ou Assurance-vie Chubb, 199 rue Bay, bureau 2500, CP 139, Commerce Court Postal Station, Toronto, Ontario M5L 1E2.

### Autorisation

J'autorise, pour une période d'au moins douze mois et au plus de vingt-quatre mois à partir de la date des présentes, tout employeur, médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, établissement de santé, organisme médical, clinique ou autre établissement médical, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, commission des accidents du travail ou tout programme ou organisme semblable, administrateur de régime, ministère de gouvernement fédéral, territorial ou provincial, ou tout autre organisme ou entreprise, institution ou association à divulguer auprès de Assurance Chubb, de Assurance-vie Chubb ou de leurs représentants, ou d'échanger avec ceux-ci, tout renseignement médical personnel, renseignement financier ou sur le versement d'une indemnité ou tout autre renseignement ou relevé à mon sujet étant en sa possession et qui est nécessaire au traitement de ma demande de règlement.

J'accepte qu'une photocopie de la présente autorisation soit réputée aussi valide que l'original.

**Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie s.v.p.) :**

Signature

Date