

**JOINDRE UNE COPIE CERTIFIÉE DU CERTIFICAT DE DÉCÈS
VEUILLEZ INDIQUER TOUTES LES DATES EN FORMAT JOUR/MOIS/ANNÉE**

N° de la police :		
1. Nom au complet de la personne décédée :		
2. Adresse au complet de la personne décédée au moment de son décès : Rue :		
Ville :	Province :	Code postal :
3. Date de naissance de la personne décédée :		
4. Lieu, date et heure du décès :		
5. a) Occupation de la personne décédée au moment de son décès :		
b) Nom et adresse de l'employeur :		
6. a) À quelle date l'accident a-t-il eu lieu ?	b) Heure approximative de l'accident :	
c) Spécifiquement, où l'accident a-t-il eu lieu ?		
7. Comment l'accident s'est-il produit? (répondre en détail) :		
8. Qui était présent au moment de l'accident? (témoins) :		
Veillez dresser une liste de noms et d'adresses :		
9. Quelles étaient les blessures ?		
10. Y a-t-il eu une autopsie ou une enquête du coroner ?		
Dans l'affirmative, donnez le nom et l'adresse du coroner et joignez une copie du rapport si disponible.		
11. La police a-t-elle été appelée sur les lieux de l'accident ?		
Dans l'affirmative, donnez le nom du service appelé et joignez une copie du rapport si disponible.		
12. a) Donnez le nom et l'adresse du médecin ou de l'hôpital qui ont prodigué les premiers soins après l'accident.		
b) Également, donnez le nom et l'adresse du médecin ou de l'hôpital prenant soin de la personne décédée, au moment du décès.		

13. Est-ce que la personne décédée avait un médecin de famille ? Dans l'affirmative, donnez le nom et l'adresse du médecin.	
14. Est-ce que la personne décédée avait vu un médecin pour une blessure ou une maladie au cours des deux dernières années? Dans l'affirmative, quand et pour quelle raison?	
15. Est-ce que la personne décédée avait contracté une autre assurance vie ou accident ?	
Le cas échéant, donnez le nom de l'assureur :	
Adresse :	
Numéro de la police :	
Montants contractés :	
16. a) Quel est votre nom au complet ?	b) Date de naissance :
c) Relation avec la personne décédée ?	
17. N° d'assurance Sociale :	
18. Remarques :	

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 Chubb du Canada compagnie d'assurance vie, 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 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.

Adresse postale du demandeur : Rue :		
Ville :	Province :	Code postal :
N° de téléphone du demandeur : ()		

Signature du demandeur _____ Date _____