



**PREUVE DE SINISTRE / DEMANDE DE  
RÈGLEMENT POUR MUTILATION  
DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR**

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 or +1.877.337.9494  
[claims.A\\_H@chubb.com](mailto:claims.A_H@chubb.com)

**DOIT ÊTRE REMPLI PAR UN ADMINISTRATEUR DU RÉGIME D'ASSURANCE DE GROUPE  
VEUILLEZ INDIQUER TOUTES LES DATES EN FORMAT JOUR/MOIS/ANNÉE**

<b>Nom au complet de la personne assurée :</b>	
<b>Nom au complet de la personne à charge (au besoin) :</b>	
<b>N° de Police de groupe :</b>	<b>N° de Certificat :</b>
<b>Salaire annuel :</b>	<b>\$</b>
<b>Emploi occupé :</b>	
<b>Date d'entrée en vigueur de la couverture :</b>	
<b>Dare d'emploi :</b>	
<b>Date du dernier emploi :</b>	
<b>Date de l'accident, de la maladie ou du décès :</b>	
<b>Montant de la couverture :</b>	<b>\$</b>
<b>Était-elle considérée comme employée (travaillant au moins 30 heures par semaine) au moment du décès ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>	
<b>Raison de la cessation d'emploi : <input type="checkbox"/> invalidité <input type="checkbox"/> mise à pied <input type="checkbox"/> démobilisation <input type="checkbox"/> démission <input type="checkbox"/> absence autorisée <input type="checkbox"/> retraite</b>	
<b>L'accident, la maladie, le décès est-il arrivé en dehors ou au cours de l'emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>	
<b>Si oui, fournir des détails :</b>	
<b>N° d'assurance sociale :</b>	
<b>Nom du bénéficiaire (au besoin) :</b>	
<b>Lien de parenté :</b>	
<b>Adresse :</b>	
<b>Date :</b>	

Nom de l'administrateur (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Signature de l'administrateur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

<b>Adresse :</b>	<b>Ville :</b>
<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>
<b>N° de téléphone : (     )</b>	<b>N° de télécopieur : (     )</b>

**REMARQUE : VEUILLEZ JOINDRE VOTRE CARTE D'ADHÉRENT À CETTE DÉCLARATION AVEC LA  
DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE**

**ENVOYER CE FORMULAIRE DUMENT REMPLI À :**  
Chubb du Canada compagnie d'assurance vie, 199 rue bay, bureau 2500,  
CP 139, Commerce Court Postal Station, Toronto, Ontario M5L 1E2