



**PREUVE DE SINISTRE DEMANDE DE
RÈGLEMENT POUR
MUTILATION/FRACTURE
DÉCLARATION DU DEMANDEUR**

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

VEUILLEZ INDIQUER TOUTES LES DATES EN FORMAT JOUR / MOIS / ANNÉE

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE DEMANDEUR

N° de la police :		
Nom du demandeur :		
N° de téléphone : ()		
Adresse au complet :		
Ville :	Province :	Code postal :
Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance :	
Nom de l'employeur actuel :	Occupation :	
Adresse de l'employeur :		
Date et heure de l'accident :	Heure :	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Lieu de l'accident :		
Circonstances de l'accident (description complète) :		
Blessures causées par l'accident :		
Noms et adresses de tous les médecins consultés (joindre une liste séparée, au besoin) :		
1.		
Date du 1 ^{er} traitement :		
2.		
Date du 1 ^{er} traitement :		
3.		
Date du 1 ^{er} traitement :		
Avez-vous été hospitalisé à la suite de cet accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, nom et adresse de l'hôpital :		
Du :	Heure :	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Au :	Heure :	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Recevez-vous d'autres prestations d'assurances à la suite de cet accident ?		
<input type="checkbox"/> C.A.T./C.S.P.A.A.T. <input type="checkbox"/> D.R.P.C./R.R.Q. <input type="checkbox"/> Assurance invalidité de l'employeur <input type="checkbox"/> Assurance auto <input type="checkbox"/> Autre :		
Compagnie :	Type de prestation :	Montant :

ATTESTATION DU DEMANDEUR : Les déclarations ci-dessus sont véridiques et complètes à ma connaissance et à ma conviction. Dans le cas d'une déclaration fautive ou tendancieuse dans cette demande de règlement, la couverture peut être annulée, les prestations refusées et les paiements concernant des demandes de règlement antérieures récupérés sans remboursement des primes acquittées. J'accepte de rembourser l'assureur du montant de tout paiement dans la mesure où ces montants n'auraient pas dû être payés dans le cadre de ma demande de règlement.

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 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 ne pouvant pas être inférieure à 12 mois, mais ne pouvant pas excéder 24 mois à compter de ce jour, tout médecin, praticien, fournisseur de soins, hôpital, établissement de soins de santé, organisation médicale, clinique, et tout autre établissement médical ou médicalement connexe, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, ou régime ou organisation similaire, administrateur du régime, ministères fédéraux, territoriaux ou provinciaux ou toute autre société ou organisation, institution ou association, à diffuser et à échanger avec Assurance Chubb/Assurance-Vie Chubb, ou leurs représentants, toute information personnelle sur ma santé, le paiement de prestations ou des informations financières ou toute autre information ou dossier me concernant qui serait en leur possession et qui serait utile pour le traitement de ma demande de règlement.

Je consens qu'une photocopie de cette autorisation ait le même degré de validité que l'original.

Signature du demandeur _____ Date _____