



**DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATEUR  
À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATEUR**

Chubb du Canada compagnie d'assurance vie  
2500, 199 rue Bay,  
P.O. BOX 139, Commerce Court Postal Station  
Toronto, Ontario M5L 1E2  
O +1 416 594-2627 ou +1 877 772-7797  
Claims.A\_H@Chubb.com

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

**SECTION I : PRINCIPAL ASSURÉ/MEMBRE**

**(Cette section doit être remplie pour tous les types de réclamations.)**

Nom de l'assuré ou du membre :		
Nom du titulaire de la police d'assurance collective :		
N° de police d'assurance collective	N° d'association :	N° de classe :
Date d'entrée en vigueur de l'assurance :		
Date de l'adhésion :		
Une précédente réclamation a-t-elle déjà été envoyée pour cette personne à Chubb ou à tout autre assureur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si « Oui », veuillez fournir les détails et les dates :		
Date de l'accident, de la maladie ou du décès :		
Considéré comme un membre selon la définition de la police au moment du décès ou de la perte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si « Oui », veuillez joindre le rapport d'incident et fournir les détails :		

**SECTION II : RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE**

**(Veuillez remplir cette section pour toutes les réclamations en cas de décès et joindre les formulaires de désignation et de changement de bénéficiaire.)**

Nom du bénéficiaire (le cas échéant) :	Relation :
Adresse :	N° de téléphone : (     )

**SECTION III : RENSEIGNEMENTS SUR L'ADMINISTRATEUR/EMPLOYEUR**

Nom de l'administrateur (en lettres moulées) :		
Dénomination sociale :		
Adresse postale :		
Province :	Ville :	Code postal :
N° de téléphone : (     )	N° de télécopieur : (     )	Adresse courriel :

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