



## 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?  Oui  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?  Oui  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 \_\_\_\_\_