

Veillez suivre ces directives :

- PARTIE A** – Cette section doit être remplie en totalité et signée par l'assuré. Si l'assuré a moins de 18 ans, cette section doit être remplie par un parent ou tuteur. Si la réclamation porte sur un remboursement des dépenses en cas d'accident ou une prestation pour fracture, veuillez joindre les dépenses d'origine et faire remplir la PARTIE B – Déclaration du médecin.
- PARTIE B** – Cette section doit être remplie et signée par le médecin (tous les frais encourus pour faire remplir ce formulaire incombent à l'assuré. Le cas échéant, peut varier d'une police à l'autre).
- PARTIE C** – Cette section doit être remplie par votre dentiste si votre réclamation porte sur des dépenses de frais dentaires en cas d'accident.

Veillez vous assurer que les documents et les factures d'origine sont fournis.

PARTIE A – DÉCLARATION DU DEMANDEUR

No de police :			
1.	Nom de l'assuré : Nom :		Prénom :
	Si l'assuré a moins de 18 ans, nom du parent/tuteur : Nom :		Prénom :
2.	Adresse :		
	Ville :	Province :	Code postal :
	No de téléphone : ()		
3.	Date de l'accident : Jour :	Mois :	Année :
	Heure :	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	
	Date de naissance : Jour :	Mois :	Année :
4.	Lieu de l'accident :		
5.	Veillez expliquer en détail comment l'accident est survenu :		
6.	Décrivez la blessure :		
7.	Êtes-vous couvert par une autre société d'assurances en vue de recevoir des prestations? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Si oui, veuillez fournir le nom de la société et le numéro de la police.		
	Société :	Indemnité :	

Certificat du demandeur : Les déclarations ci-dessus sont, à ma connaissance et selon mon jugement, véridiques et exhaustives. En cas de déclaration fautive ou trompeuse relativement à la présente demande, la couverture peut être annulée, le versement des prestations peut être refusé et les versements de réclamations antérieures peuvent être recouvrés sans qu'aucune prime acquittée ne soit remboursée. J'accepte de rembourser à l'assureur le montant de tout versement effectué, si jamais de tels versements n'auraient pas dû être effectués relativement à ma demande.

Avis de confidentialité : Je reconnais que les renseignements que je fournis sur le présent formulaire de demande, ainsi que ceux liés à ma demande, sont exigés par Chubb Insurance ou Chubb Life Insurance Company of Canada, ses réassureurs et ses administrateurs autorisés (l'« Assureur ») afin d'évaluer mon droit aux prestations, y compris, entre autres, afin de déterminer si la couverture est en vigueur et de vérifier l'applicabilité des exclusions et la coordination de la couverture avec d'autres assureurs. À ces fins, l'assureur consultera également ses dossiers d'assurance à mon sujet, il recueillera des renseignements supplémentaires à mon sujet et auprès de moi et, le cas échéant, il recueillera des renseignements auprès de tiers et en partagera avec ceux-ci. L'assureur établira un dossier de réclamations dont l'accès sera limité aux employés et agents autorisés par l'assureur et aux personnes autorisées par la loi. Si j'ai le droit de consulter ces renseignements, l'accès à ceux-ci sera accordé à moi et aux personnes ayant reçu mon autorisation. Je comprends que dans certains cas, les employés, fournisseurs de services, agents, réassureurs et leurs fournisseurs, de Chubb peuvent être situés dans des territoires de compétence hors du Canada et mes renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois de ces territoires étrangers. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la distribution de mes renseignements personnels, qui peuvent être nécessaires à la date de la signature de la présente Déclaration du demandeur, et je comprends que ce consentement demeurera en vigueur jusqu'à ce que je le révoque. Pour de plus amples renseignements au sujet de la politique de confidentialité de Chubb ou sur nos pratiques en matière de vie privée, veuillez consulter le chubb.com/ca ou envoyer une demande écrite à : Agent de protection de la vie privée, Chubb, 199, rue Bay, bureau 2500, C. P. 139, Commerce Court Postal Station, Toronto, Ontario M5L 1E2.

Autorisation : J'autorise, pour une période d'au moins douze mois et d'un maximum de vingt-quatre mois à compter de ce jour, tout médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, établissement de soins de santé, organisme médical, clinique ou autre établissement médical ou en lien avec les soins médicaux, compagnie d'assurance ou de réassurance, commission des accidents du travail ou programme ou organisation semblable, tout administrateur de régime, agence du gouvernement fédéral, territorial ou provincial, ou toute autre corporation ou organisation, institution ou association, à fournir à Chubb Insurance/Chubb Life Insurance Company of Canada ou ses représentants tous les renseignements personnels sur la santé, l'information sur le paiement de prestations ou renseignements financiers concernant la personne assurée, ou toute autre information ou tout autre dossier relatif à la personne assurée qu'ils possèdent et qui sont demandés pour la prise en charge de la présente demande de prestations. J'accepte qu'une photocopie de cette autorisation soit considérée comme aussi valable que l'originale.

Insured/Insured's Parent/Guardian Signature

Date (DD/MM/YYYY)

PARTIE B – DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Le patient est responsable des frais pour faire remplir ce formulaire.

Nom du médecin (lettres moulées)		Nom du patient (lettres moulées)	
Nom :		Nom :	
Adresse :		Adresse :	
Ville :		Ville :	
Province :	Province :	Province :	Postal Code:
Phone #: ()		Phone #: ()	
Diagnostic, y compris les complications (en cas de fracture, préciser l'os et le type de fracture, fournir les rayons X) et nature de la blessure :			
Le problème est-il une conséquence d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
a. Première apparition des symptômes ou date de l'accident (jj/mm/aa) :			
b. Le patient a déjà eu le même problème ou un problème semblable : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Quand (fournir une description) :			
Le demandeur a-t-il été hospitalisé? <input type="checkbox"/> Non, et si <input type="checkbox"/> Oui – Fournir le nom de l'hôpital, l'adresse et la date d'admission :			
Nom de l'hôpital :		La date d'admission (jj/mm/aa) :	
Adresse :			
Ville:	Province:	Code postal :	
Date de la première visite de la présente période d'invalidité (jj/mm/aa) :			
Date de la dernière visite (jj/mm/aa) :			
Date du prochain rendez-vous de suivi prévu (jj/mm/aa) :			
Veuillez décrire le plan de traitement recommandé et prescrit :			
Noms et adresses des autres médecins ou chirurgiens ayant aidé le demandeur :			

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT EXACTS À MA CONNAISSANCE.

M.D.

Signature

Date (jj/mm/aa)

Adresse de la clinique :		
Ville :	Province:	Code postal :
Numéro de téléphone : ()		

PARTIE C – DÉCLARATION DU DENTISTE TRAITANT

Veuillez fournir les documents suivants :

Formulaire de réclamation standard pour soins dentaires pour les services fournis, y compris les dates de service, les codes des dents et des interventions, et les frais encourus OU l'estimation des soins dentaires

Le traitement est-il nécessaire en conséquence d'un accident? Oui Non

Il s'agit d'une déclaration fidèle des services effectués et des frais facturés.

À l'usage du dentiste seulement, pour des renseignements supplémentaires concernant : Diagnostic, interventions ou complications et considérations spécifiques :

Signature du dentiste

Date (jj/mm/aa)

Je comprends que les frais indiqués dans la présente réclamation pourraient ne pas être couverts par les prestations de ma police ou pourraient excéder lesdites prestations. Je comprends que je suis responsable d'acquitter le coût total de mon traitement auprès de mon dentiste. J'autorise la divulgation des renseignements contenus dans la présente réclamation à ma société d'assurances ou à ses représentants.

Par la présente, j'attribue les prestations payables en vertu de la présente réclamation au dentiste susmentionné et j'autorise le paiement direct à ce même dentiste.

Signature du patient (ou du parent/tuteur)

Date (jj/mm/aa)

