

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 _____