



Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie (« Chubb-Vie ») Chubb Life Insurance Company of Canada (“Chubb Life”)

une assurance vie temporaire de 10 ans jusqu'à l'âge de 85 ans, souscrite par Chubb-Vie/Chubb Life et administrée et distribuée par Compagnie d'assurance Combined d'Amérique/ Combined Insurance Company of America sur la base des renseignements suivants.

Une assurance vie temporaire de 10 ans jusqu'à l'âge de 85 ans Preuve de décès • Déclaration du demandeur

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE DÉCÉDÉE			
Numéro(s) de police(s)		Numéro(s) de formule(s)	
Nom de famille		Prénom	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		Date du décès (JJ/MM/AAAA)	
Adresse (numéro et rue)			
Ville		Province	Code postal
Lieu du décès		Cause de décès	
La personne décédée faisait-elle usage d'un quelconque produit du tabac?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, quel type de tabac? Combien par jour?
Avait-elle déjà arrêté de fumer?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, quand? Pendant combien de temps?
Énumérez les compagnies auprès desquelles la personne décédée avait une assurance vie, accidents et/ou maladie			
Nom de la Compagnie	Date d'effet de l'assurance	Somme assurée	
Nom du médecin de premier recours		Téléphone du médecin ()	
Adresse du médecin			
Énumérez tout autre médecin que la personne décédée a consulté ou hôpital/établissement médical où elle a reçu des soins au cours des 5 dernières années.			
Nom du médecin/ fournisseur de soins de santé	Adresses et numéros de téléphone	Raison de la visite	Dates
PARTIE B: RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR			
Nom de famille		Prénom	
Adresse (numéro et rue)			
Ville		Province	Code postal
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		Numéro d'assurance sociale du bénéficiaire (pour déclarer l'impôt sur l'intérêt relié au montant versé)	
Téléphone au travail ()		Adresse de courriel :	
Téléphone cellulaire ()		Téléphone à la résidence ()	
Vous faites cette demande à quel titre? (cochez une seule case) : bénéficiaire <input type="checkbox"/> liquidateur de la succession <input type="checkbox"/> fiduciaire <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>			
Si « autres », précisez :			
La personne décédée avait-elle un testament? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>			
Signature du demandeur		Date (MM/JJ/AAAA)	
Lien avec la personne décédée			

PART C - DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

DÉCLARATION DU DEMANDEUR : Je déclare et je garantis qu'à ma connaissance, les renseignements que j'ai fournis dans cette Déclaration du demandeur sont complets et véridiques. Si, à quelque moment, je me rends compte qu'ils sont inexacts ou incomplets, j'en aviserai immédiatement Chubb-Vie/Chubb Life. Je comprends que toute personne qui, en connaissance de cause et dans l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou d'autres personnes, présente une demande de règlement contenant des renseignements trompeurs ou faux, ou dissimule des faits connexes importants, commet un acte frauduleux qui constitue une infraction criminelle passible de poursuites pénales, sanctions civiles et toute autre sanction prévue par la loi. Advenant une déclaration fautive ou trompeuse dans la présentation de la présente demande, la couverture pourrait être annulée, la demande de règlement refusée et les règlements précédents recouverts sans remboursement des primes payées. J'accepte de rembourser à Chubb-Vie/Chubb Life le montant des paiements effectués si ces montants n'auraient pas dû être versés à l'égard de ma demande de règlement.

AUTORISATION : J'autorise Chubb-Vie/Chubb Life, ses réassureurs et administrateurs autorisés (« l'assureur ») et ses employés et ses agents, à acquérir de tout hôpital, médecin, praticien, clinique, installation de soins de santé, personne ayant examiné le défunt, compagnie d'assurance, compagnie de réassurance, CSST ou autre Commission d'indemnisation des accidents du travail semblable, administrateur du régime, ministère du gouvernement fédéral, provincial ou territorial, ou tout autre ordre professionnel, organisme, institution ou association, et j'autorise tous ceux-ci à divulguer et à échanger avec l'assureur, ses agents et employés, tous les renseignements pertinents, y compris mais non de façon limitative, des renseignements médicaux personnels, paiements de prestations ou information financière sur le défunt, ou tout autre renseignement ou dossier en sa possession concernant le défunt et demandé pendant le traitement de cette demande de règlement. J'autorise également l'assureur, ses agents et employés, à divulguer tout renseignement de cette nature à d'autres personnes ou entités s'ils sont nécessaires pour évaluer cette demande.

Cette autorisation restera valide pour toute la durée de l'examen de cette demande de règlement.

Signature du demandeur

Date (MM/JJ/AAAA)

Nom en lettres moulées

LA PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : Votre vie privée est importante pour nous. Nous pouvons tirer parti de nos forces à l'intérieur de nos opérations internationales et de nos relations avec les fournisseurs de services pour nous permettre d'offrir à nos clients le meilleur service possible. Dans certains cas, nos employés, nos fournisseurs de services, nos agents, nos réassureurs et leurs fournisseurs de services, peuvent être situés dans des juridictions l'extérieur du Canada et vos renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois de ces juridictions étrangères.

Pour connaître notre politique de protection de la vie privée, visitez notre site Web à l'adresse suivante :
<https://www2.chubb.com/ca-fr/privacy-policy.aspx>

Pour obtenir des renseignements sur notre politique de protection de la vie privée, faites parvenir une demande écrite à l'adresse suivante :

Commissaire à la vie privée
Chubb-Vie/Chubb Life
199, rue Bay, bureau 2500, C.P. 139,
Succursale postale Commerce Court,
Toronto (Ontario) M5L 1E2

Prière de poster ce formulaire à notre administrateur, Compagnie d'assurance Combined d'Amérique/Combined Insurance Company of America, à l'adresse suivante :

B.P. 3720 MIP
Markham, ON L3R 0X5

Numéro sans frais : 1 888 234-4466



Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie (« Chubb-Vie »)
Chubb Life Insurance Company of Canada (“Chubb Life”)

une assurance vie temporaire de 10 ans jusqu'à l'âge de 85 ans, souscrite par Chubb-Vie/Chubb Life et administrée et distribuée par Compagnie d'assurance Combined d'Amérique/ Combined Insurance Company of America sur la base des renseignements suivants.

Une assurance vie temporaire de 10 ans jusqu'à l'âge de 85 ans
Preuve de décès • Déclaration du médecin

PART A - PREUVE DE DÉCÈS ... DÉCLARATION DU MÉDECIN RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE DÉCÉDÉE			
Numéro(s) de police(s)		Numéro(s) de formule(s)	
Nom de famille		Prénom	
Date de naissance (MM/JJ/AAAA)		Date du décès (MM/JJ/AAAA)	
Adresse (numéro et rue)			
Ville		Province	Code postal
Lieu du décès			
Date de la première visite pour la dernière maladie (MM/JJ/AAAA)			
Date de la dernière visite pour la dernière maladie (MM/JJ/AAAA)			
La personne décédée faisait-elle usage d'un quelconque produit du tabac?		Oui Non	Si oui, quel type de tabac? Combien par jour?
Avait-elle déjà arrêté de fumer?		Oui Non	Si oui, quand? Pendant combien de temps?
Maladie ou état qui a conduit au décès			
Cause immédiate du décès (maladie, blessure ou complications causant la mort)			
Intervalle entre le début de l'événement et le décès			
Causes antécédentes ainsi que la date d'apparition d'autres états importants			
Si le décès est attribuable au cancer, à quelle date le cancer a-t-il été d'abord diagnostiqué? (MM/JJ/AAAA)			
Énumérez tout autre état (morbide) important, relié ou non à la cause du décès			
Le décès est-il dû à : un accident? un suicide? un homicide? aucune de ces réponses?			
Décrivez brièvement :			
Y a-t-il eu une autopsie?		Oui Non	Qui a pratiqué l'autopsie?
Quels étaient les résultats de l'autopsie?			
Avez-vous traité ou conseillé la personne décédée au cours des 3 dernières années, avant la dernière maladie?			Oui Non
À votre connaissance et au cours des 3 dernières années, la personne décédée a-t-elle reçu un traitement d'un autre médecin ou dans un hôpital ou établissement médical?			Oui Non
Si l'une de ces réponses est oui, donnez les renseignements suivants :			
Nom	Adresse	Nature de la maladie ou la blessure	Dates (MM/JJ/AAAA)

PART B - DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

Je déclare qu'à ma connaissance, les renseignements que j'ai fournis aux présentes sont complets et véridiques. Si, à quelque moment, je me rends compte qu'ils sont inexacts ou incomplets, j'en aviserai immédiatement Chubb-Vie/Chubb Life.

Nom du médecin	
Téléphone du médecin ()	Télécopieur du médecin ()
Adresse du médecin	
Signature du médecin	Date (MM/JJ/AAAA)

Prière de poster ce formulaire à notre administrateur, Compagnie d'assurance Combined d'Amérique/Combined Insurance Company of America, à l'adresse suivante :

B.P. 3720 MIP
Markham, ON L3R 0X5

Numéro sans frais : 1 888 234-4466