



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE  
RÈGLEMENT POUR SOINS  
MÉDICAUX À LA SUITE D'UN  
ACCIDENT**

Chubb du Canada compagnie d'assurance vie  
199 rue bay, bureau 2500  
CP 139, Commerce Court Postal Station  
Toronto, Ontario M5L 1E2  
T +1.416.594.2627 ou +1.877.337.9494  
[claims.A\\_H@chubb.com](mailto:claims.A_H@chubb.com)

**VEUILLEZ INDIQUER TOUTES LES DATES EN FORMAT JOUR / MOIS / ANNÉE**

**CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE DEMANDEUR**

<b>N° de la police :</b>		
<b>Nom :</b>		
<b>Date de naissance :</b>	<b>N° de téléphone : (      )</b>	
<b>Adresse :</b>		
<b>Ville :</b>	<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>
<b>Avez-vous déjà soumis une demande à Chubb ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>		<b>Date de l'accident :</b>
<b>Circonstances de l'accident ? :</b>		
<b>Blessures résultant de l'accident ? :</b>		
<b>Date de la première consultation chez le médecin ? :</b>		
<b>Nom et adresse du médecin ? :</b>		

Les déclarations ci-dessus sont justes et vraies à ma connaissance et à ma conviction. J'autorise, pour une période ne pouvant pas être inférieure à 12 mois, mais ne pouvant pas excéder 24 mois à compter de ce jour, tout médecin, praticien, fournisseur de soins, hôpital, établissement de soins de santé, organisation médicale, clinique, et tout autre établissement médical ou médicalement connexe, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, ou régime ou organisation similaire, administrateur du régime, ministères fédéraux, territoriaux ou provinciaux ou toute autre société ou organisation, institution ou association, à diffuser et à échanger avec Assurance Chubb/Chubb du Canada compagnie d'assurance vie, ou leurs représentants, toute information sur ma santé ou le paiement de prestations ou toute autre information ou dossier me concernant, qui serait en leur possession et dont l'assureur aurait besoin pour le traitement de ma demande de règlement. Je consens qu'une photocopie de cette autorisation ait le même degré de validité que l'original.

Signature du demandeur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**ÊTES-VOUS COUVERT PAR UNE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE POUR LES ACCIDENTS?  
(SI OUI, VEUILLEZ DONNER LE NOM DE LA COMPAGNIE ET VOS NUMÉROS DE POLICE ET DE CERTIFICAT)**

<b>Date du service rendu</b>	<b>Nature de l'accident</b>	<b>Nom du médicament de service et N° RX</b>	<b>Nom du pharmacien</b>	<b>Montant facturé</b>	<b>Nom du médecin prescripteur</b>

**IMPORTANT : TOUTES LES FACTURES ET LES REÇUS ORIGINAUX POUR LES MÉDICAMENTS  
D'ORDONNANCE DOIVENT ÊTRE ANNEXÉS À CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT**

**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, ses réassureurs et ses administrateurs autorisés (l'« Assureur ») afin d'évaluer mon droit aux prestations, y compris, mais sans s'y limiter, 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 l'assureur 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](http://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.

**La déclaration de l'association doit être remplie par l'ADMINISTRATEUR du Club ou de la ligue**

<b>Nom de l'assuré :</b>
<b>N° de police :</b>
<b>Période d'inscription active (admissible de/à) :</b>
<b>Numéro de membre :</b>
<b>Nom du club ou de la ligue :</b>
<b>Date de la blessure :</b>
<b>Cette blessure est survenue dans le cadre de l'activité sanctionnée suivante : Jeu/Pratique/Camp d'entraînement/Autre (expliquer) :</b>
<b>Nom de l'administrateur du club ou de la ligue :</b>
<b>Date :</b>

Signature de la personne autorisée par le détenteur de la police \_\_\_\_\_

**Déclaration de l'assuré**

Par la présente, je certifie que l'information mentionnée ci-dessus est juste et vraie et que tous les frais indiqués n'ont été engagés que par le patient indiqué. Je comprends que Assurance Chubb ou Chubb du Canada compagnie d'assurance vie pourrait communiquer avec mon médecin, pharmacien ou toute autre personne. Par la présente, j'autorise la diffusion de toute information supplémentaire qui pourrait être requise et je consens qu'une photocopie de ce formulaire ait le même degré de validité que l'original.

Signature de l'assuré \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**CE FORMULAIRE ET TOUTES LES PIÈCES JOINTES, DONT VOUS DEVEZ ASSUMER LES COÛTS, DOIVENT ÊTRE ACHÉMINÉS DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS**