

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

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLI PAR UNE PERSONNE AUTORISÉ PAR LE COLLÈGE BORÉAL.

Déclaration d'autorité :

Nom de l'assuré:	Numéro d'étudiant:
N° de la police : SG10318201	

Nous certifions que le demandeur est assuré pour la période

débutant le :	se terminant le :
----------------------	--------------------------

Signature de la personne autorisée par le détenteur de la police

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE DEMANDEUR

N° de la police et nom du collège : SG10318201 - Collège Boréal		
Nom :	Numéro d'étudiant :	
Date de naissance :	N° de téléphone : ()	
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Nom du Collège: Collège Boréal		N° de téléphone : (705) 560-6673
Avez-vous déjà soumis une demande à Chubb ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date de la maladie ou de l'accident :
Décrivez la maladie ou les circonstances de l'accident:		
Quels sont les symptômes de la maladie ou les blessures résultant de l'accident :		
Date de la première consultation chez le médecin? :		
Nom et adresse du médecin :		

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 ou la maladie ?
(SI OUI, VEUILLEZ DONNER LE NOM DE LA COMPAGNIE ET VOS NUMÉROS DE POLICE ET DE CERTIFICAT)**

Date du service rendu	Nature de la maladie	Nom du médicament de service et N° RX	Nom du pharmacien	Montant facturé	Nom du médecin prescripteur

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

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.

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ :

Je comprends que les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire et dans tout autre document relatif à ma demande de règlement, sont requis par la compagnie d'Assurance Chubb et/ou Assurance-vie Chubb, de même que leurs réassureurs et 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, d'étudier si des exclusions s'appliquent et de coordonner la couverture avec tous autres assureurs. À ces fins, l'assureur consultera également ses dossiers d'assurance existants à mon sujet, recueillera des renseignements supplémentaires à mon sujet, auprès de moi-même ou d'autres personnes, et recueillera et échangera, au besoin, des renseignements avec des tiers. L'assureur établira un dossier de demande de règlement dont l'accès sera limité aux employés et agents autorisés de l'assureur, ainsi qu'aux personnes autorisées par la loi. Si j'ai le droit d'accéder aux renseignements, l'accès me sera accordé ou sera accordé aux personnes que j'aurai désignées. Je comprends que, dans certains cas, les employés de la compagnie d'Assurance Chubb et/ou Assurance-vie Chubb, les fournisseurs de service, les agents, les réassureurs et n'importe lesquels de leurs fournisseurs, pourraient être situés dans des juridictions hors du Canada et que mes renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois de ces juridictions à l'étranger. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la distribution de mes renseignements personnels, tel que requis à ces fins, à compter de la date de la signature de la présente déclaration du demandeur et je comprends que ce consentement demeurera en vigueur jusqu'à sa révocation par moi-même.

Pour de plus amples renseignements concernant la politique en matière de protection des renseignements personnels de la compagnie d'Assurance Chubb et/ou Assurance-vie Chubb, veuillez voir le site chubb.com/ca ou adresser une demande écrite au : Chef de la protection des renseignements personnels, Assurance Chubb et/ou Assurance-vie Chubb, 199 rue bay, bureau 2500, CP 139, Commerce Court Postal Station, Toronto, Ontario M5L 1E2.

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