

## PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA RÉCLAMATION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

**Veillez noter que les paiements minimaux doivent continuer à être versés sur le compte de la carte de crédit.**

### INSTRUCTIONS POUR REMPLIR FORFAIT DE RÉCLAMATION

Pour être admissible à cette prestation, vous devez être reconnu comme étant atteint d'une des maladies couvertes par cette assurance : cancer, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, pontage coronarien, coma, cécité, surdité ou paralysie.

**Si vous souhaitez faire une demande pour plusieurs cartes de crédit, veuillez ne remplir qu'un seul formulaire de demande. Vous pouvez indiquer le(s) numéro(s) de carte(s) de crédit concerné(s) dans le formulaire ci-dessous.**

Afin de nous permettre d'examiner l'admissibilité de votre demande, vous devez fournir TOUS les éléments suivants :

1. Le formulaire de déclaration du demandeur ci-joint, dûment rempli et signé par le demandeur
2. Le formulaire de déclaration du médecin traitant ci-joint, dûment et signé par le médecin traitant ou le spécialiste, ainsi que tout dossier médical pertinent. Veuillez-vous référer au formulaire de déclaration du médecin traitant pour obtenir des renseignements détaillés.
3. Une copie du relevé de la carte de crédit Scotia :
  - Émis le mois du diagnostic de la maladie faisant l'objet de la demande
  - Et le premier relevé émit directement après le diagnostic de votre maladie

Si vous n'avez pas ces relevés, il est possible de demander des copies à votre succursale locale ou à votre centre de la Banque Scotia. Les formulaires de réclamation que vous nous communiquez doivent être accompagnés de ces copies.

Si vous ne fournissez pas TOUS les renseignements requis comme indiqué ci-dessus, cela entraînera un délai dans le traitement de votre demande.

**VEUILLEZ ENVOYER TOUS LES FORMULAIRES DE RÉCLAMATION DÛMENT REMPLIS ET LES RENSEIGNEMENTS RELATIFS À CETTE DEMANDE PAR COURRIER, PAR COURRIEL OU PAR TÉLÉCOPIEUR À UNITY MANAGING UNDERWRITERS LIMITED.**

Unity Managing Underwriters Ltd. agit en tant que Tiers Administrateur et traite ces demandes au nom de Chubb compagnie d'assurance ou de Chubb du Canada compagnie d'assurance-vie.

#### COURRIER:

Unity Managing Underwriters Ltd.  
 C. P. Boîte 1097, Station B  
 Willowdale, Ontario, M2K 3A2

COURRIEL : [SCCPClaims@umu.net](mailto:SCCPClaims@umu.net)

TÉLÉCOPIEUR : 416-221-1685

**Assurance Ligne de crédit Scotia** : Veuillez noter que la compagnie d'Assurance Chubb et/ou Assurance-vie Chubb ne gère pas les prestations proposées dans le cadre de la **Protection Ligne de crédit Scotia**. Si vous souhaitez déposer une demande pour votre compte de ligne de crédit, veuillez échanger avec la Banque Scotia au 1-855-753-4272.



**Chubb. Insured.<sup>MS</sup>**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE		
Titre :	Nom :	
Numéro de téléphone :		No. de référence :
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Genre : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre		Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)
Numéro de carte de crédit Scotia :		Adresse courriel :
No de carte de crédit Scotia Additionnel :		

Veuillez indiquer la maladie grave faisant l'objet de la demande : <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Cécité</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Surdité</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cancer</td> <td><input type="checkbox"/> Crise cardiaque</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coma</td> <td><input type="checkbox"/> Paralysie</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pontage coronarien</td> <td><input type="checkbox"/> Accident vasculaire c�r�bral</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Cécité	<input type="checkbox"/> Surdit�		<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Crise cardiaque		<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Paralysie		<input type="checkbox"/> Pontage coronarien	<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral	
<input type="checkbox"/> Cécité	<input type="checkbox"/> Surdité													
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Crise cardiaque													
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Paralysie													
<input type="checkbox"/> Pontage coronarien	<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral													
Veuillez décrire la nature et l'étendue de votre maladie grave :														
� quelle date avez-vous reçu le diagnostic? (JJ/MM/AAAA)														
Le cas échéant, à quelle date la chirurgie a-t-elle eu lieu? (JJ/MM/AAAA)														
� quelle date les symptômes sont-ils apparus? (JJ/MM/AAAA)														
Veuillez décrire ces symptômes :														
� quelle date avez-vous consulté un praticien pour la première fois dans le cadre de votre maladie? (JJ/MM/AAAA)														
Nom du médecin :	Numéro de téléphone :													
Adresse :														
Ville :	Province :	Code postal :												
Avez-vous subi des tests ou des examens en lien avec le diagnostic? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non														
Si oui, veuillez fournir des détails et des dates :														
Avez-vous déjà été atteint d'un problème de santé similaire ou connexe ou reçu un traitement pour celui-ci? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non														
Si oui, veuillez fournir des détails et des dates :														

CONSULTATIONS MÉDICALES		
<b>Nom de votre médecin de famille :</b>		
<b>Depuis combien de temps êtes-vous son patient ou sa patiente?</b>		
<b>Numéro de téléphone :</b>		
<b>Adresse :</b>		
<b>Ville :</b>	<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>
<b>Veillez indiquer les coordonnées des autres médecins ou spécialistes qui ont été consultés au sujet de votre maladie :</b>		
<b>Nom :</b>		<b>Numéro de téléphone :</b>
<b>Adresse :</b>		<b>Ville :</b>
<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>	<b>Date de la consultation :</b> (JJ/MM/AAAA)
<b>Nom :</b>		<b>Numéro de téléphone :</b>
<b>Adresse :</b>		<b>Ville :</b>
<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>	<b>Date de la consultation:</b> (JJ/MM/AAAA)
<b>Si vous avez été soigné dans un hôpital ou un établissement similaire, veuillez fournir les renseignements suivants :</b>		
<b>Nom de l'hôpital :</b>		<b>Ville ou village :</b>
<b>Date de l'admission à l'hôpital :</b> (JJ/MM/AAAA)		<b>Date de sortie de l'hôpital :</b> (JJ/MM/AAAA)
<b>Nom de l'hôpital :</b>		<b>Ville ou village :</b>
<b>Date de l'admission à l'hôpital:</b> (JJ/MM/AAAA)		<b>Date de sortie de l'hôpital:</b> (JJ/MM/AAAA)

<p><b>Veillez confirmer que vous avez inclus une copie des documents suivants en plus de ce formulaire dans votre dossier de demande de remboursement :</b> (voir la feuille d'instructions pour plus de renseignements) :</p> <p><input type="checkbox"/> DÉCLARATION SIGNÉE DU MÉDECIN TRAITANT/SPÉCIALISTE</p> <p><input type="checkbox"/> COPIE DES RELEVÉS DE LA CARTE DE CRÉDIT SCOTIA :</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Émis le mois du diagnostic du problème de santé faisant l'objet de la demande</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Premier relevé émis directement après le diagnostic de votre problème de santé</p>
---

**Attestation du demandeur :** Les déclarations ci-dessus sont, à ma meilleure connaissance, véridiques et complètes. Dans le cas d'une déclaration fautive ou trompeuse a été faite dans le cadre de cette demande, la couverture peut être résiliée, le paiement des prestations refusé et les paiements antérieurs recouverts sans remboursement des primes payées. Je m'engage à rembourser à l'assureur pour le montant des paiements effectués dans le cas où ces montants n'auraient pas dû être payés au titre de la réclamation.

**Avis de confidentialité :** Je comprends que les renseignements fournis dans le présent formulaire de demande de règlement et les autres renseignements fournis au titre de ma demande de règlement sont nécessaires à Chubb compagnie d'assurance et/ou Chubb compagnie d'assurance-vie, à ses réassureurs et à ses administrateurs autorisés (ci-après dénommés « L'assureur ») pour évaluer mon droit aux prestations, y compris, mais sans s'y limiter, pour déterminer si la couverture est en vigueur, pour examiner l'applicabilité des exclusions et pour coordonner la couverture avec celle d'autres assureurs. À ces fins, l'Assureur consultera également les dossiers d'assurance dont il dispose me concernant, recueillera des renseignements supplémentaires à mon sujet et auprès de moi et, le cas échéant, recueillera des renseignements auprès de tiers et échangera des renseignements avec eux. L'Assureur établit un dossier de demande de règlement dont l'accès sera réservé aux employés et agents autorisés de l'Assureur ainsi qu'aux personnes autorisées par la loi. Si je dispose du droit d'accéder aux renseignements, l'accès me sera donné ou sera donné aux personnes que j'aurai autorisées. Je comprends que, dans certains cas, les employés, les fournisseurs de services, les agents, les réassureurs et tous leurs fournisseurs de Chubb peuvent être situés dans des pays à l'extérieur du Canada et que mes renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois de ces pays étrangers. Je consens à la cueillette, à l'utilisation et à la diffusion de mes renseignements personnels dans la mesure où ils peuvent être nécessaires aux fins de la présente déclaration du demandeur à la date de signature de ladite déclaration et je comprends que ce consentement restera valable jusqu'à sa révocation.

Pour en savoir plus sur la politique de confidentialité de Chubb ou sur nos pratiques en matière de confidentialité, veuillez consulter le site [www.chubb.com/ca-fr](http://www.chubb.com/ca-fr) ou envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Agent de la 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 tout médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, établissement de soins de santé, organisme médical, clinique et tout autre établissement médical ou lié à la médecine, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail ou régime ou organisme similaire, administrateur de régime, ministère du gouvernement fédéral, territorial ou provincial, ou toute autre société ou tout autre organisme, institution ou association, à divulguer et à échanger avec Chubb compagnie d'assurance et/ou Chubb compagnie d'assurance-vie, ou leurs représentants, tous les renseignements personnels sur la santé, le paiement des prestations ou les renseignements financiers concernant l'assuré ou tout autre renseignement ou dossier sur l'assuré en sa possession qui est demandé dans le cadre du traitement de la présente demande. Cette autorisation est valable jusqu'à sa révocation. Je comprends que je peux à tout moment révoquer mon consentement et mon autorisation.

Je reconnais qu'une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Nom du demandeur (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_

Date : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

**En remplissant et en soumettant le présent formulaire, je reconnais l'exactitude de toutes les déclarations et attestations qui y sont faites. Veuillez envoyer ce formulaire par courriel à l'adresse suivante [SCCPClaims@umu.net](mailto:SCCPClaims@umu.net)**

**LE PATIENT EST RESPONSABLE DE L'OBTENTION DE CE FORMULAIRE ET DES FRAIS ENGAGÉS POUR LE REMPLIR**

Nom du médecin (en lettres moulées) :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Numéro de téléphone :		Numéro de télécopieur :
Nom du patient :		Date de naissance: (JJ/MM/AAAA)
Diagnostic :		
Date à laquelle les symptômes sont apparus : (JJ/MM/AAAA)		Date <u>exacte</u> du diagnostic : (JJ/MM/AAAA)
Le patient a-t-il déjà souffert du même problème de santé ou d'un problème de santé similaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, veuillez indiquer la date, le cas échéant, la durée et décrivez le problème de santé.		
Le patient a-t-il été hospitalisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Durée du séjour à l'hôpital :
Nom de l'hôpital :		Numéro de téléphone de l'hôpital :

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

En remplissant et en soumettant le présent formulaire, je reconnais l'exactitude de toutes les déclarations et attestations qui y sont faites. Veuillez envoyer ce formulaire par courriel à l'adresse suivante [SCCPClaims@umu.net](mailto:SCCPClaims@umu.net)

**Veuillez joindre des copies de toutes les notes de consultation de spécialistes et tous les rapports de diagnostic se rapportant à la cause de la demande de remboursement. Pour les problèmes de santé suivants, veuillez-vous assurer que les pièces justificatives jointes indiquent, sans s'y limiter, les éléments suivants :**

**Crise cardiaque :** l'ECG réalisé le jour de l'événement et les résultats de laboratoire confirmant le diagnostic.

**Accident vasculaire cérébral (AVC) :** Preuve confirmant le diagnostic de l'AVC et des déficits neurologiques actuels. Un déficit neurologique permanent doit avoir été constaté pendant au moins 30 jours consécutifs.

**Cancer :** Preuves du diagnostic confirmant l'existence d'une tumeur maligne, y compris le(s) rapport(s) de pathologie pertinent(s).

**Paralysie :** Résultats neurologiques détaillés permettant de préciser l'étendue de la paralysie et preuve médicale que la paralysie s'est poursuivie pendant au moins 60 jours consécutifs.

**Pontage coronarien :** Rapports d'opération ou de sortie de l'hôpital confirmant la réalisation d'un pontage coronarien.

**Cécité :** Le diagnostic doit être formulé par écrit par un médecin ophtalmologue dûment autorisé, et la cécité doit être considérée comme permanente et incurable.

**Coma :** Le diagnostic doit être posé par écrit par un médecin neurologue dûment autorisé et appuyé par des preuves médicales écrites que l'état d'inconscience persiste depuis au moins 96 heures consécutives.

**Surdité :** Désigne la perte de l'ouïe de façon permanente sur une ou sur les deux oreille(s), avec un seuil auditif de plus de 90 décibels dans chaque oreille. Le diagnostic doit être formulé par écrit par un médecin oto-rhino-laryngologiste dûment autorisé.