

**PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA
DEMANDE DE RÈGLEMENT – PROTECTION CONTRE LES MALADIES GRAVES ET LES ÉTATS DE
SANTÉ CRITIQUES**

Veillez noter que vous êtes responsable d'effectuer le paiement mensuel minimum sur le compte de la carte de crédit.

MARCHE À SUIVRE POUR REMPLIR LA PRÉSENTE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Pour être admissible à la prestation, vous êtes diagnostiqué de l'une des maladies suivantes ou présenter l'un des troubles suivants : cancer, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, pontage coronarien, coma, cécité, surdité ou paralysie.

Si vous souhaitez soumettre une demande de règlement pour plusieurs cartes de crédit, veuillez seulement compléter une seule trousse de règlement. Vous pouvez inscrire vos numéros de carte de crédit sur le formulaire ci-dessous.

Pour que nous puissions examiner votre demande de règlement, vous devez nous fournir TOUS les documents suivants :

1. La Déclaration de demandeur ci-jointe remplie et signée par le demandeur
2. La Déclaration du médecin traitant ci-jointe remplie et signée par le médecin traitant ou un spécialiste, accompagnée des résultats de tests pertinents. On trouvera de plus amples renseignements dans la Déclaration du médecin traitant
3. Une copie de vos relevés de carte de crédit Scotia suivants :
 - Le relevé émis au cours du mois où le trouble à l'origine de la déclaration a été diagnostiqué
 - Le premier relevé émis après le diagnostic

Si vous n'avez pas ces relevés, des copies peuvent être obtenues en vous adressant à votre succursale de la Banque Scotia ou au Centre VISA de Scotiabank. Ces copies doivent être jointes aux formulaires de règlement que vous nous soumettez.

Le traitement de votre demande de règlement sera retardé si vous ne fournissez pas TOUS les documents indiqués ci-dessus.

VEUILLEZ TRANSMETTRE LES DEMANDES DE RÈGLEMENT REMPLIES ET LES DOCUMENTS CONNEXES PAR LA POSTE, PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE OU PAR TÉLÉCOPIEUR À UNITÉ ASSUREUR ET GESTIONNAIRE LTD.

Veillez noter que Unité Assureur et Gestionnaire Ltd. sera responsable de l'administration des réclamations au nom de Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie.

PAR LA POSTE :

Unité Assureur et Gestionnaire Ltd.
P.O. Box 1097, Station B
Willowdale, Ontario, M2K 3A2

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE : SCCPClaims@umu.net

PAR TÉLÉCOPIEUR : 416-221-1685

Protection Ligne de Crédit Scotia: Nous vous remercions de bien vouloir noter que Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie n'assure pas la gestion des réclamations d'assurance pour la **Protection Ligne de Crédit Scotia**. Si vous souhaitez soumettre une réclamation pour votre compte de Ligne de Crédit, veuillez contacter Scotiabank au 1-855-753-4272.



**PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION
PROTECTION CONTRE LES MALADIES GRAVES ET LES
ÉTATS DE SANTÉ CRITIQUES
DÉCLARATION DU DEMANDEUR**

Unité Assureur et Gestionnaire Ltd.
P.O. Box 1097, Station B
Willowdale, Ontario, M2K 3A2
Téléphone +1.800.668.7092
Télécopieur +1.416.221.1685
SCCPClaims@umu.net

INFORMATION SUR LA RÉCLAMATION

Titre :		Nom :	
N° de téléphone :			
Adresse :			
Ville :		Province :	Code postal :
Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Genderqueer/Non-Binaire		Date de naissance : (MM/JJ/AAAA)	
<input type="checkbox"/> Autre/Ne souhaite pas divulguer			
N° de carte de crédit Scotia :		Courriel :	
N° de carte de crédit Scotia Additionnel:			

Veillez indiquer la maladie grave/état de santé critique à l'origine de la réclamation :	<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

Veillez décrire la nature et la portée de votre maladie :

Date du diagnostic : (MM/JJ/AAAA)
--

Date de la chirurgie, le cas échéant : (MM/JJ/AAAA)
--

Date d'apparition des symptômes : (MM/JJ/AAAA)

Veillez décrire les symptômes :

� quelle date avez-vous consulté pour la première fois un médecin en lien avec votre maladie? (MM/JJ/AAAA)

Nom du médecin :	N° 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 vous avez répondu oui, veuillez fournir des précisions et indiquer les dates :

Avez-vous déjà présenté le même trouble ou un trouble similaire ou reçu des soins pour le même trouble ou un trouble similaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--

Si vous avez répondu oui, veuillez fournir des précisions et indiquer les dates :



**PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION
PROTECTION CONTRE LES MALADIES GRAVES ET LES
ÉTATS DE SANTÉ CRITIQUES
DÉCLARATION DU DEMANDEUR**

Unité Assureur et Gestionnaire Ltd.
P.O. Box 1097, Station B
Willowdale, Ontario, M2K 3A2
Téléphone +1.800.668.7092
Télécopieur +1.416.221.1685
SCCPClaims@umu.net

Page – 2 de 2

CONSULTATIONS MÉDICALES

Nom de votre médecin de famille :		
Depuis combien de temps êtes-vous suivi par votre médecin de famille?		
N° de téléphone :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Veillez fournir les coordonnées des autres médecins ou spécialistes que vous avez consultés en lien avec votre maladie :		
Nom :	N° de téléphone :	
Adresse :	Ville :	
Province:	Code postal:	Date de la consultation : (MM/JJ/AAAA)
Nom :	N° de téléphone :	
Adresse :	Ville :	
Province :	Code postal:	Date de la consultation : (MM/JJ/AAAA)
Si vous avez été traité dans un hôpital ou un établissement similaire, veuillez fournir les renseignements suivants :		
Nom de l'hôpital :	Ville :	
Date d'admission : (MM/JJ/AAAA)	Date de sortie : (MM/JJ/AAAA)	
Nom de l'hôpital :	Ville :	
Date d'admission : (MM/JJ/AAAA)	Date de sortie : (MM/JJ/AAAA)	

Veillez confirmer que vous avez inclus une copie des documents suivants en plus de ce formulaire dans votre trousse de réclamation: (voir la page d'instructions pour plus d'informations)

- LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT SIGNÉ PAR VOTRE MÉDECIN
 COPIES DES RELEVÉS DE COMPTES DE LA CARTE DE CRÉDIT SCOTIA :
 Émise au cours du mois du diagnostic de la condition pour laquelle vous faites cette demande
 Le premier relevé émis immédiatement après le diagnostic de votre condition

Attestation du demandeur : À ma connaissance, les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets. Si la présente réclamation renferme une déclaration fautive ou trompeuse, la couverture peut être annulée, le paiement des prestations peut être refusé et les prestations payées par le passé peuvent être recouvrées sans remboursement des primes payées. Je conviens de rembourser à l'assureur toute somme qui n'aurait pas dû être payée à l'égard de ma réclamation.

Protection des renseignements personnels : Je comprends que les renseignements que je fournis dans le présent formulaire de réclamation ou autrement à l'égard de ma réclamation sont requis par Chubb Compagnie d'Assurance ou Chubb Compagnie d'Assurance-Vie et leurs réassureurs et administrateurs autorisés (l'« Assureur ») afin d'évaluer mon admissibilité aux prestations, y compris pour déterminer si la couverture est en vigueur, déterminer si des exclusions s'appliquent et coordonner la couverture avec d'autres assureurs. À ces fins, l'Assureur consultera également ses dossiers d'assurance à mon sujet, recueillera de l'information supplémentaire à mon sujet et auprès de moi et, au besoin, recueillera de l'information auprès de tierces parties et échangera de l'information avec de tierces parties. L'Assureur établira un dossier de réclamation qui pourra être consulté uniquement par les employés et représentants autorisés de l'Assureur et les personnes autorisées par la loi. Si j'ai le droit d'accéder à l'information, l'accès me sera accordé ou sera accordé aux personnes que j'autorise à consulter l'information. Je comprends que certains employés, fournisseurs de services, représentants et réassureurs de Chubb, et certains fournisseurs de ceux-ci, peuvent se trouver dans des territoires situés à l'extérieur du Canada et que mes renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois de ces territoires étrangers. Je consens à la cueillette, à l'utilisation et à la communication de mes renseignements personnels dans la mesure nécessaire pour les fins énoncées ci-dessus à la date de signature de la présente déclaration du demandeur, et je comprends que ce consentement demeure en vigueur jusqu'à ce que je le résilie.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la politique de confidentialité de Chubb ou nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, veuillez visiter chubb.com/ca ou soumettre une demande écrite à l'agent de protection des renseignements personnels, au 199 Bay Street - Suite 2500, C. P. 139, Commerce Court Postal Station, Toronto (Ontario) M5L 1E2.

Autorisation : J'autorise, pendant au moins douze mois et au plus vingt-quatre mois à compter de la date des présentes, tout médecin, fournisseur de soins de santé, hôpital, établissement de soins de santé, organisme médical, clinique ou autre établissement médical, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les commissions des accidents du travail et les régimes et organismes similaires, les administrateurs de régime, les ministères fédéraux, provinciaux et provinciaux et tout autre organisme, société, institution ou association à communiquer à Chubb Compagnie d'Assurance ou à Chubb Compagnie d'Assurance-Vie et à leurs représentants, et à échanger avec ceux-ci, l'information sur la santé et le paiement de prestations et l'information financière concernant l'assuré ainsi que tous les autres renseignements et dossiers concernant l'assuré qu'ils ont en leur possession et qui sont demandés dans le cadre de l'administration de la présente réclamation.

Je conviens qu'une photocopie de la présente autorisation vaut l'original.

Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie) _____

Signature du demandeur : _____ Date (MM/JJ/AAAA): _____

En complétant et soumettant ce formulaire, je reconnais être en accord avec les déclarations et attestations faites dans le document ci-dessus. Veuillez soumettre ce formulaire par courriel/voie électronique à l'adresse SCCPClaims@umu.net



**PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION
PROTECTION CONTRE LES MALADIES GRAVES ET
LES ÉTATS DE SANTÉ CRITIQUES
DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

Unité Assureur et Gestionnaire Ltd.
P.O. Box 1097, Station B
Willowdale, Ontario, M2K 3A2
Téléphone +1.800.668.7092
Télécopieur +1.416.221.1685
SCCPClaims@umu.net

IL INCOMBE AU PATIENT DE SE PROCURER LE PRÉSENT FORMULAIRE ET D'ASSUMER LES FRAIS ENGAGÉS POUR LE FAIRE REMPLIR

Nom du patient :		Date de naissance : (MM/JJ/AAAA)	
Diagnostic :			
Date d'apparition des symptômes :		Date exacte du diagnostic : (MM/JJ/AAAA)	
Le patient a-t-il déjà présenté le même trouble ou un trouble similaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si vous avez répondu « Oui », indiquer à quel moment, s'il y a lieu, et la durée et fournir une description.			
Le patient a-t-il été hospitalisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Durée de l'hospitalisation :	
Nom de l'hôpital :		Numéro de téléphone de l'hôpital :	
Nom du médecin (en caractères d'imprimerie):			
Adresse :			
Ville :		Province :	Code postal :
Numéro de téléphone :		Numéro de télécopieur :	

Signature du médecin : _____ Date : (MM/JJ/AAAA) _____

En complétant et soumettant ce formulaire, je reconnais être en accord avec les déclarations et attestations faites dans le document ci-dessus. Veuillez soumettre ce formulaire par courriel/voie électronique à l'adresse SCCPClaims@umu.net

Veillez joindre des copies de l'ensemble des notes de consultation des spécialistes et des rapports de diagnostic ayant trait au motif de la réclamation. Pour les troubles suivants, veuillez-vous assurer que la documentation inclut notamment ce qui suit :

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

Accident vasculaire cérébral : Preuve diagnostique à l'appui du diagnostic d'accident vasculaire cérébral et démontrant les déficits neurologiques actuels. La preuve doit démontrer un déficit neurologique permanent pendant au moins 30 jours consécutifs.

Cancer : Preuve diagnostique confirmant la présence d'une tumeur maligne, incluant les rapports pathologiques pertinents.

Paralysie : Résultats neurologiques détaillés démontrant l'étendue de la paralysie avec preuve médicale que la paralysie endure depuis au moins 60 jours consécutifs.

Pontage coronarien : Rapport opératoire ou rapport médical de sortie confirmant le pontage coronarien.

Cécité : Le diagnostic doit être fait par écrit par un ophtalmologiste agréé et la cécité doit être considérée comme permanente et incurable.

Coma : Preuve médicale fournie par un neurologue décrivant le niveau de conscience. Le coma doit avoir persisté pendant au moins 96 heures consécutives.

Surdité : Perte permanente de la capacité auditive d'un ou des deux oreilles, avec un seuil d'audition de plus de 90 décibels dans chaque oreille.