

PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA RÉCLAMATION D'ASSURANCE INVALIDITÉ

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

***** VEUILLEZ NOTER QUE SI VOTRE PERTE EST SURVENUE AVANT LE 17 OCTOBRE 2020, LE CRITÈRE D'ADMISSIBILITÉ RELATIF À L'EMPLOI EST DE 180 JOURS.**

SI VOTRE PERTE EST SURVENUE LE OU APRÈS LE 17 OCTOBRE 2020, LE CRITÈRE D'ADMISSIBILITÉ RELATIF À L'EMPLOI EST DE 90 JOURS. ***

SI LA PERTE EST SURVENUE LE 17 OCTOBRE 2020 OU APRÈS CETTE DATE ET AVANT LE 1^{ER} AVRIL 2024 : Pour être admissible à ces prestations, vous devez être totalement incapable d'accomplir les tâches essentielles de votre emploi en raison d'une maladie, d'une blessure, d'un trouble mental ou nerveux durant une période d'au moins 30 jours consécutifs. Vous devez avoir été employé pendant au moins 90 jours consécutifs et avoir travaillé au moins 20 heures par semaine immédiatement avant la date du début de l'invalidité. Pour les personnes inscrites dans un établissement d'enseignement postsecondaire et ayant subi une perte le 11 mars 2020 ou après cette date, le nombre minimal d'heures par semaine est de 10 heures. Le nombre d'heures de travail hebdomadaires doit être continu, et non pas résulter d'une moyenne.

SI LA PERTE EST SURVENUE LE 1^{ER} AVRIL 2024 OU APRÈS CETTE DATE : Pour être admissible à ces prestations, il a été établi par votre médecin qu'une affection vous empêche de mener vos activités quotidiennes ou d'effectuer les tâches habituelles de votre emploi de salarié ou de travailleur autonome, selon le cas, durant une période d'au moins 30 jours consécutifs.

Les prestations payables à l'égard d'un risque assuré ne le sont pas dans le cas d'un autre risque assuré attribuable à la même cause. Si les demandeurs ont droit simultanément à des prestations concernant plusieurs risques couverts par la présente attestation, la somme versée se limite au montant le plus élevé. Les demandeurs n'ont donc droit qu'à une prestation à la fois.

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. a) Le formulaire de déclaration de l'employeur ci-joint, dûment rempli et signé par l'employeur, ainsi qu'une copie (ou plusieurs copies) de votre (vos) relevé(s) d'emploi (RE), attestant que vous avez travaillé au moins 90 jours consécutifs. **Si la déclaration de l'employeur dûment remplie ne peut pas être obtenue, veuillez compléter les détails du formulaire du mieux possible et fournir le(s) relevé(s) d'emploi.**
*(*Les exigences ne s'appliquent qu'à une perte survenue avant le 1^{er} avril 2024*)*

b) **Si vous êtes un travailleur autonome** : Le formulaire de déclaration du travailleur autonome ci-joint, dûment rempli et signé, ainsi qu'une preuve de travail autonome ou de revenus pendant 90 jours consécutifs jusqu'à la date de l'invalidité. *(*Les exigences ne s'appliquent qu'à une perte survenue avant le 1^{er} avril 2024*)*
3. Le formulaire de déclaration du médecin traitant ci-joint, dûment rempli et signé par le médecin traitant ou le spécialiste, ainsi que tous les résultats d'examen pertinents.
4. Une copie du relevé de la carte de crédit Scotia :
 - Émis au cours du mois où votre invalidité a commencé
 - Émis le mois qui suit directement le début de votre invalidité
 - En outre, veuillez fournir les reçus originaux de tout achat effectué avant la date de votre invalidité, mais n'apparaît pas encore sur votre relevé de carte de crédit.

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

FAX: 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.



**PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION
D'ASSURANCE INVALIDITÉ
DÉCLARATION DU DEMANDEUR**

Unity Managing Underwriters Ltd.
C. P. Boîte 1097, Station B
Willowdale, Ontario, M2K 3A2
Téléphone +1.800.668.7092
Télécopieur +1.416.221.1685
Courriel SCCPClaims@umu.net

Les exigences en matière d'emploi ne s'appliquent qu'à une perte survenue avant le 1^{er} avril 2024

PARTIE À REMPLIR PAR L'ASSURÉ			
Titre :	Nom :	N° de carte de crédit Scotia:	
N° de carte de crédit Scotia Additionnel:			N° de référence :
Numéro de téléphone :		Adresse courriel :	
Adresse :			
Ville :		Province :	Code postal :
Genre : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre		Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)	
Date de l'invalidité : (JJ/MM/AAAA)			
Date à laquelle les symptômes ont commencé : (JJ/MM/AAAA)		Affection invalidante :	
S'il s'agit d'un accident, indiquez la date, le lieu et les circonstances :			
Date de la première incapacité de travail : (JJ/MM/AAAA)		Date de la première consultation : (JJ/MM/AAAA)	
Date de reprise du travail : (JJ/MM/AAAA)		Date prévue pour la reprise du travail : (JJ/MM/AAAA)	
Avez-vous déjà souffert d'un problème de santé identique ou similaire? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, veuillez décrire lequel :			
Nom du médecin :		Du : (JJ/MM/AAAA)	Jusqu'au : (JJ/MM/AAAA)
Adresse :			
Nom du médecin :		Du : (JJ/MM/AAAA)	Jusqu'au : (JJ/MM/AAAA)
Adresse :			
Nom de l'hôpital (où le patient est hospitalisé) :		Du : (JJ/MM/AAAA)	Jusqu'au : (JJ/MM/AAAA)
Adresse :			
Avez-vous demandé ou recevez-vous :			
<input type="checkbox"/> RPC/RRQ <input type="checkbox"/> Invalidité de l'employeur <input type="checkbox"/> Assurance automobile <input type="checkbox"/> WSIB <input type="checkbox"/> Autre (veuillez apporter des précisions) :			

Veuillez confirmer que vous avez inclus une copie des documents suivants en plus de ce formulaire dans votre dossier de demande de règlement : (voir la feuille d'instructions pour plus de renseignements) *Les exigences en matière d'emploi ne s'appliquent qu'à une perte d'emploi survenue avant le 1er avril 2024

- *COPIE DU RELEVÉ D'EMPLOI : Attestant que vous avez travaillé au moins 90 jours consécutifs
- *DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR CI-JOINTE : Si vous êtes travailleur autonome, voir ci-dessous.
- LES DÉCLARATIONS DES MÉDECINS TRAITANTS ET LES DOSSIERS MÉDICAUX PERTINENTS CI-JOINTS
- COPIE DES RELEVÉS DE LA CARTE DE CRÉDIT SCOTIA :
 - Émis au cours du mois où votre invalidité a commencé
 - Émis au cours du mois qui suit le début de votre invalidité
- Veuillez fournir les reçus originaux de tout achat effectué avant la date de votre invalidité, mais ne figurant pas encore sur votre relevé de carte de crédit.

TRAVAILLEUR AUTONOME : En plus de ce qui précède, veuillez compléter/fournir ce qui suit :

- *DÉCLARATION DU TRAVAILLEUR AUTONOME CI-JOINTE
- *Si vous êtes travailleur autonome, veuillez fournir une preuve de votre travail autonome/revenu pendant 90 jours consécutifs jusqu'à la date de l'invalidité.

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 recouvrés 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-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 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 de travail ou régime ou organisme similaire, administrateur de régime, ministre 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.

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

IMPORTANT :

Notez que jusqu'à ce que cette demande soit approuvée, vous devez continuer à effectuer les paiements minimaux sur votre compte. Vous demeurez responsable des paiements minimaux dus pour tout achat effectué après la date de votre invalidité.



**PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION
D'ASSURANCE INVALIDITÉ
DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR**

Unity Managing Underwriters Ltd.
C. P. Boîte 1097, Station B
Willowdale, Ontario, M2K 3A2
Téléphone +1.800.668.7092
Télécopieur +1.416.221.1685
Courriel SCCPClaims@umu.net

Les exigences en matière d'emploi ne s'appliquent qu'à une perte survenue avant le 1^{er} avril 2024

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR, À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU DEMANDEUR

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR		
Nom de l'employé(e) :		
Profession :		
Date d'embauche : (JJ/MM/AAAA)	Heures de travail hebdomadaire :	
Dernier jour travaillé (avant le congé de maladie) : (JJ/MM/AAAA)		
Nom de l'entreprise :		
Nom de l'employeur :	Poste :	
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Numéro de téléphone :	Numéro de télécopieur :	
Adresse courriel :		
Je soussigné(e), _____ déclare par la présente que les renseignements ci-dessus concernant _____ sont véridiques, à ma meilleure connaissance. (nom de l'employeur) (nom de l'employé)		

Signature de l'employeur : _____ 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



**PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION
D'ASSURANCE INVALIDITÉ
DÉCLARATION DU TRAVAILLEUR AUTONOME**

Les exigences en matière d'emploi ne s'appliquent qu'à une perte survenue avant le 1^{er} avril 2024

PARTIE À REMPLIR PAR LE TRAVAILLEUR AUTONOME		
Nom du travailleur autonome faisant la demande :	Numéro d'enregistrement de l'entreprise :	
Nom de l'entreprise :	Profession :	
Date d'entrée en vigueur de l'enregistrement de l'entreprise : (JJ/MM/AAAA)	Heures de travail hebdomadaire :	
Dernier jour travaillé (avant le congé de maladie) : (JJ/MM/AAAA)		
Adresse de l'entreprise :		
Ville :	Province :	Code postal :

Signature du propriétaire de l'entreprise/du travailleur autonome : _____ 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

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

Nom du médecin :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Numéro de téléphone :		Numéro de télécopieur :
Nom du patient :		Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)
Premier diagnostic :		
Deuxième diagnostic (le cas échéant) :		
Symptômes liés au diagnostic :		
Le cas échéant, les problèmes de santé additionnels susceptibles d'influer sur la durée de l'invalidité :		
Le patient a-t-il déjà souffert d'un problème de santé identique ou similaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si « Oui », veuillez indiquer la date et décrire le problème de santé :		
Le problème de santé est-il dû à une blessure survenue dans le cadre de l'emploi du patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Indéterminé		
S'il s'agit d'un accident, veuillez fournir une brève description :		
Le patient a-t-il été hospitalisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Nom de l'hôpital :		
Date de l'admission à l'hôpital : (JJ/MM/AAAA)		Date de sortie de l'hôpital : (JJ/MM/AAAA)
Si une intervention a eu lieu, veuillez indiquer la date et la décrire : (JJ/MM/AAAA)		
Si le patient vous a été adressé, indiquez le nom du médecin traitant :		
Date de la première consultation pour la période actuelle d'invalidité : (JJ/MM/AAAA)		
Date de la dernière consultation : (JJ/MM/AAAA)		
Avez-vous activement supervisé les soins prodigués à ce patient pendant toute la période? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si « Oui », indiquez la fréquence des visites. <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		
Si le problème de santé est dû à une grossesse, quelle est (ou était) la date prévue de l'accouchement? (JJ/MM/AAAA)		

INVALIDITÉ TOTALE

À ma connaissance, le patient est totalement invalide (incapable de travailler ou d'accomplir des activités courantes de la vie quotidienne) :	
Du : (JJ/MM/AAAA)	Jusqu'au : (JJ/MM/AAAA)
Si le patient est toujours invalide, indiquez la DATE approximative à laquelle il devrait être en mesure de reprendre le travail ou d'effectuer des activités courantes de la vie quotidienne : (JJ/MM/AAAA)	
Ou, en cas de durée indéterminée, le nombre estimé de SEMAINES supplémentaires avant la reprise des activités courantes de la vie quotidienne :	

INVALIDITÉ PARTIELLE

Pendant combien de temps le patient a-t-il été ou sera-t-il partiellement invalide?	
Du : (JJ/MM/AAAA)	Jusqu'au : (JJ/MM/AAAA)
Comment l'état actuel influe-t-il sur la capacité du patient à travailler ou à accomplir les activités courantes de la vie quotidienne?	

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

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