

**PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA  
 DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE INVALIDITÉ**

**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**

**\*\*\* VEUILLEZ NOTER: SI VOTRE PERTE EST SURVENUE AVANT LE 17 OCTOBRE 2020, LA CONDITION D'ÉLIGIBILITÉ À L'EMPLOI EST DE 180 JOURS \*\*\***

Pour être admissible aux prestations d'assurance invalidité, vous devez être totalement incapable d'exécuter les fonctions essentielles de votre emploi en raison d'une maladie, d'une blessure, d'un trouble mental ou d'un désordre nerveux pendant au moins 30 jours consécutifs. Vous devez avoir travaillé au moins 20 heures par semaines pendant au moins 90 jours consécutifs avant votre période d'invalidité.

*Aucune prestation payable au titre de l'un quelconque des événements assurés ne sera payable au titre d'un autre événement assuré pour la même cause. Si vous soumettez une demande pour l'hospitalisation et l'invalidité pour la même cause, la prestation versée se limite au montant le plus élevé.*

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. a) La *Déclaration de l'employeur* ci-jointe remplie et signée par l'employeur et une copie de vo(s) relevé(s) d'emploi démontrant que vous avez travaillé au moins 90 jours consécutifs. **Si vous ne pouvez pas obtenir la *Déclaration de l'employeur*, veuillez remplir le formulaire le mieux que possible et fournir vo(s) relevé(s) d'emploi.**  
 b) **Si vous êtes un travailleur autonome :** La *Déclaration de travailleur autonome* ci-jointe remplie et preuve de travail autonome/revenus pendant 90 jours consécutifs jusqu'à la date initiale de votre invalidité.
3. La *Déclaration du médecin traitant* ci-jointe remplie et signée par le médecin traitant ou un spécialiste, avec les résultats des tests pertinents.
4. Une copie de vos relevés de carte de crédit Scotia suivants :
  - Le relevé émis au cours du mois où vous avez été frappé d'une invalidité
  - Le premier relevé émis après la date à laquelle vous avez été frappé d'une invalidité
  - Veuillez soumettre une copie originale des reçus de tout achat effectués antérieurement à la date d'invalidité et n'apparaissant pas encore sur le relevé de carte de crédit.

Si vous n'avez pas ces relevés, des copies peuvent être obtenues en vous adressant à votre succursale de la Banque Scotia ou au Scotiabank VISA Centre. 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](mailto: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  
D'ASSURANCE INVALIDITÉ  
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](mailto:SCCPClaims@umu.net)

**CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'ASSURÉ**

<b>Titre:</b>	<b>Nom :</b>	<b>N° de carte de crédit Scotia:</b>
<b>N° de carte de crédit Scotia Additionnel:</b>		
<b>N° de téléphone:</b>	<b>Courriel:</b>	
<b>Adresse :</b>		
<b>Ville :</b>	<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>
<b>Sexe:</b> <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Genderqueer/Non-Binaire <input type="checkbox"/> Autre/Ne souhaite pas divulguer	<b>Date de naissance :</b> (MM/JJ/AAAA)	
<b>Date de l'accident ou du début de la maladie :</b> (MM/JJ/AAAA)	<b>Nature de l'accident ou de la maladie :</b>	
<b>En cas d'accident, indiquer la date, le lieu et les circonstances de l'accident :</b>		
<b>Date depuis laquelle vous êtes incapable de travailler :</b> (MM/JJ/AAAA)	<b>Date du premier rendez-vous médical :</b> (MM/JJ/AAAA)	
<b>Date de retour au travail :</b> (MM/JJ/AAAA)	<b>Date de retour au travail prévue :</b> (MM/JJ/AAAA)	
<b>Avez-vous déjà présenté le même trouble ou un trouble similaire?</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, décrire :		
<b>Nom du médecin :</b>	<b>Du :</b> (MM/JJ/AAAA)	<b>Au :</b> (MM/JJ/AAAA)
<b>Adresse :</b>		
<b>Nom du médecin :</b>	<b>Du :</b> (MM/JJ/AAAA)	<b>Au :</b> (MM/JJ/AAAA)
<b>Adresse :</b>		
<b>Nom de l'hôpital (patient hospitalisé) :</b>	<b>Du :</b> (MM/JJ/AAAA)	<b>Au :</b> (MM/JJ/AAAA)
<b>Adresse :</b>		
<b>Avez-vous demandé ou recevez-vous les indemnités suivantes? :</b>	<input type="checkbox"/> RPC/RRQ	<input type="checkbox"/> Assurance invalidité de l'employeur
	<input type="checkbox"/> CAT/CSPAAT	<input type="checkbox"/> Assurance automobile
	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	

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

- UNE COPIE DU RELEVÉ D'EMPLOI – confirmant que vous avez travaillé pendant au moins 90 jours consécutifs.
- CI-JOINTE LA DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR – Si vous êtes un travailleur autonome – voir ci-dessous.
- CI-JOINTE LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT ET LES RÉSULTATS DE CONSULTATION QUI S'APPLIQUENT
- COPIES DES RELEVÉS DE COMPTES DE LA CARTE DE CRÉDIT SCOTIA :
  - Émise au cours du mois de l'invalidité
  - Le premier relevé émis immédiatement après la date initiale de l'invalidité
- Veuillez s'il vous plaît fournir les reçus originaux pour tous vos achats effectués avant la date initiale de votre invalidité mais qui ne figurent pas encore sur votre relevé.

**TRAVAILLEUR AUTONOME – En plus du ci-dessus – veuillez compléter/fournir le suivant:**

- CI-JOINTE LA DÉCLARATION DE TRAVAILLEUR AUTONOME
- Si vous êtes un travailleur autonome, veuillez fournir une preuve de travail autonome/revenus pendant 90 jours consécutifs jusqu'à la date initiale de votre invalidité

**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](http://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 requis dans le cadre de l'administration de la présente réclamation.

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

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Date (JJ/MM/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](mailto:SCCPClaims@umu.net)**

**IMPORTANT :**

Veillez noter que tant que cette réclamation n'est pas approuvée, le titulaire de la carte reste responsable d'effectuer le paiement minimum sur le compte de la carte de crédit. Vous êtes responsable pour vos paiements minimums mensuels résultants de vos achats effectués après la date initiale de votre invalidité.



**PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA –  
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION  
D’ASSURANCE INVALIDITÉ DÉCLARATION  
DU EMPLOYEUR**

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](mailto:SCCPClaims@umu.net)

**CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L’EMPLOYEUR**

<b>Nom de l’employeur :</b>		
<b>Occupation :</b>		
<b>Date d’embauche :</b> (MM/JJ/AAAA)	<b>Heures de travail hebdomadaires :</b>	
<b>Dernier jour de travail (avant le congé de maladie) :</b> (MM/JJ/AAAA)		
Je déclare que l’information fournie ci-dessus concernant _____ et son emploi est véridique à ma connaissance.		
<b>Société :</b>		
<b>Nom :</b>	<b>Poste :</b>	
<b>Adresse :</b>		
<b>Ville :</b>	<b>Province:</b>	<b>Code postal :</b>
<b>N° de téléphone :</b>	<b>N° de télécopieur :</b>	
<b>Courriel :</b>		

Signature de l’employeur : \_\_\_\_\_ 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](mailto:SCCPClaims@umu.net)



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

Si vous êtes travailleur autonome, veuillez fournir une preuve de votre statut de travailleur autonome et de revenu pour le période de 90 jour consécutif précédant la date à laquelle vous avez été frappé d’une invalidité.

**DÉCLARATION DU TRAVAILLEUR AUTONOME – CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE TRAVAILLEUR AUTONOME, PROPRIÉTAIRE DE L’ENTREPRISE :**

**CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE TRAVAILLEUR AUTONOME, PROPRIÉTAIRE DE L’ENTREPRISE**

<b>Nom de l’entreprise:</b>	<b>Numéro d’entreprise:</b>	
<b>Occupation:</b>		
<b>Date effective de l’inscription de l’entreprise:</b> (MM/JJ/AAAA)	<b>Heures de travail hebdomadaires :</b>	
<b>Dernier jour de travail (avant le congé de maladie) :</b> (MM/JJ/AAAA)		
<b>Adresse de l’entreprise:</b>		
<b>Ville :</b>	<b>Province:</b>	<b>Code postal :</b>

Signature du propriétaire de l’entreprise/travailleur autonome: \_\_\_\_\_ 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](mailto:SCCPClaims@umu.net)

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

<b>Nom du médecin:</b>		
<b>Adresse:</b>		
<b>Ville:</b>	<b>Province:</b>	<b>Code postal:</b>
<b>Numéro de téléphone:</b>		<b>Numéro de télécopieur:</b>
<b>Nom du patient:</b>		<b>Date de naissance:</b> (MM/JJ/AAAA)
<b>Diagnostic de l'état actuel :</b>		
a) Principal :		
b) Secondaire (le cas échéant) :		
c) S'il y a lieu, indiquer les troubles supplémentaires pouvant avoir une incidence sur la durée de l'invalidité :		
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 et fournir une description :		
Le trouble découle-t-il d'une blessure professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Indéterminé		
S'il découle d'un accident, fournir une brève description :		
Le patient a-t-il été hospitalisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Nom de l'hôpital :</b>		
<b>Date d'admission :</b> (MM/JJ/AAAA)		<b>Date de sortie :</b> (MM/JJ/AAAA)
<b>Si une chirurgie a été effectuée, indiquer la date et fournir une description :</b> (MM/JJ/AAAA)		
<b>Si le patient vous a été référé, inscrire le nom du médecin référent :</b>		
<b>Date de la première visite pour la période d'invalidité actuelle :</b> (MM/JJ/AAAA)		
<b>Date de la dernière visite :</b> (MM/JJ/AAAA)		
Avez-vous supervisé les soins prodigués au patient pendant toute cette période? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si vous avez répondu « Oui », indiquer la fréquence des visites : <input type="checkbox"/> Hebdomadaires <input type="checkbox"/> Mensuelles <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :		
Si le trouble est dû à une grossesse, quelle est ou quelle était la date d'accouchement prévue? (MM/JJ/AAAA)		

**INVALIDITÉ TOTALE**

À ma connaissance, le patient a souffert d’une invalidité totale (a été incapable de travailler)	
Du : (MM/JJ/AAAA)	Au : (MM/JJ/AAAA)
Si le patient est encore invalide, indiquer la DATE approximative à laquelle il devrait être en mesure de retourner au travail : (MM/JJ/AAAA)	
Ou, si l’invalidité est d’une durée indéterminée, indiquer le nombre estimatif de SEMAINES restantes avant le retour au travail :	

**INVALIDITÉ PARTIELLE**

Durant quelle période le patient a-t-il souffert ou souffrira-t-il d’une invalidité partielle (a été ou sera en mesure d’exercer à temps partiel sa profession habituelle)?	
Du : (MM/JJ/AAAA)	Au : (MM/JJ/AAAA)
Quelles sont les répercussions du trouble actuel sur la capacité du patient à travailler?	

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](mailto:SCCPClaims@umu.net)

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