

**PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA
DEMANDE DE RÈGLEMENT – HOSPITALISATION**

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: LA PRESTATION D'HOSPITALISATION EST DISPONIBLE SEULEMENT SI VOUS AVEZ ÉTÉ HOSPITALISÉ À PARTIR DU 17 OCTOBRE 2020 *****

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.

Pour être admissible aux prestations, vous devez être admis et confiné dans un hôpital au Canada ou dans la zone continentale des États-Unis (plus l'Alaska et Hawaï) en tant que patient hospitalisé pendant la nuit pour un traitement médical, basé sur la recommandation d'un médecin, en raison d'une blessure corporelle accidentelle ou d'une maladie imprévue.

Si vous souhaitez soumettre une demande de règlement pour plusieurs cartes de crédit- veuillez seulement compléter une seule trousse de règlement. Vous pouvez inscrire vo(s) numéro (s) 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 du demandeur ci-jointe remplie et signée par le demandeur;
2. Copie des documents d'admission et de sortie de l'hôpital
3. Une copie de vos relevés de carte de crédit Scotia suivants :
 - 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

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 DEMANDE
D'HOSPITALISATION 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 <input type="checkbox"/> Autre/Ne souhaite pas divulguer		Date de naissance : (MM/JJ/AAAA)	
N° de carte de crédit Scotia :		Courriel :	
N° de carte de crédit Scotia Additionnel:			

Veillez sélectionner la période d'hospitalisation réclamée:	<input type="checkbox"/> Hospitalisation pour un minimum de 24 heures consécutives; et moins de 30 jours consécutifs
	<input type="checkbox"/> Hospitalisation d'au moins 30 jours consécutifs ou plus
Veillez décrire la nature et la portée de votre Hospitalisation :	
À quelle date avez-vous été admis? : (MM/JJ/AAAA)	
Était-ce une hospitalisation programmée? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Veillez décrire la raison de votre hospitalisation:	
Date de la chirurgie, le cas échéant : (MM/JJ/AAAA)	
À quelle date avez-vous été libéré? : (MM/JJ/AAAA)	

Nom du médecin :	N° de téléphone :	
Adresse :		
Ville :	Province:	Code postal :
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 :		

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 :
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)	
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)	

Veuillez 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)

- Copie des documents d'admission et de sortie de l'hôpital ;
- 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 territoriaux 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