

PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA DEMANDE DE RÈGLEMENT – PROTECTION EN CAS DE PERTE D'EMPLOI, DE GRÈVE OU DE LOCKOUT

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 *****

Perte d'emploi – Si vous êtes employé par une entreprise : Pour être admissible aux prestations, vous devez avoir été mis à pied ou congédié par votre employeur. Vous devez avoir travaillé pendant au moins 90 jours consécutifs, et avoir travaillé au moins 20 heures par semaine avant votre perte d'emploi. Le prestataire doit avoir perdu son emploi avant son 70ème anniversaire pour demander les prestations de perte d'emploi.

Perte d'emploi – Étudiants : Pour être admissible aux prestations, vous devez avoir été mis à pied ou congédié par votre employeur. En tant qu'étudiant de niveau postsecondaire, vous devez avoir travaillé pendant au moins 90 jours consécutifs et au moins 10 heures par semaine immédiatement avant votre perte d'emploi. Les heures travaillées doivent être continues et ne doivent pas être calculées par moyenne.

Définition d'un étudiant : Une personne inscrite à des études postsecondaires.

Perte d'emploi – Si vous êtes travailleur autonome : L'indemnité mensuelle de perte d'emploi ne sera versée que si le prestataire est au chômage pendant 90 jours consécutifs dans une entreprise enregistrée depuis au moins 12 mois consécutifs. Dans le cas d'un travailleur autonome ayant une entreprise enregistrée depuis au moins 12 mois consécutifs, une seule réclamation sera payable par année par entreprise enregistrée.

Définition de travailleur autonome : Afin de bénéficier de ces prestations en cas de perte d'emploi, une personne est considérée comme un travailleur autonome ou d'avoir fait du travail autonome s'il ou elle a une entreprise ou a reçu des revenus provenant d'un commerce ou d'une profession pour laquelle il ou elle a été engagé(e), un partenariat pour dans lequel il ou elle est collaborateur, sa propre entreprise, ou une compagnie privée ou autre entité dans laquelle il ou elle a un intérêt comme propriétaire.

Grève ou lockout :

Pour être admissible aux prestations, vous devez avoir travaillé pendant au moins 24 semaines consécutives immédiatement avant la date de la grève ou du lockout.

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 déterminer l'admissibilité de votre demande de règlement, vous devez nous fournir **TOUS** les documents suivants :

1. **Si vous êtes employé par une entreprise :** Fournissez le formulaire de réclamation ci-joint rempli par vous et votre employeur, qui doit attester que vous occupiez un emploi à temps plein avant la mise à pied, le congédiement, la grève ou le lockout
2. **Si vous êtes étudiant :** Fournissez le formulaire de réclamation ci-joint rempli par vous et votre employeur, ainsi que la déclaration de manque d'emploi (si vous n'êtes pas admissible à A.-E.)
3. **Si vous êtes travailleur autonome :** Fournissez le formulaire de travailleur autonome ci-joint et l'attestation de perte d'emploi - déclaration de chômage travailleur autonome

Veillez faire des copies et remplir une déclaration de manque d'emploi pour CHAQUE mois de chômage.

Perte d'emploi - Personnes employées - Documents requis :

- Une copie de vo(s) relevé(s) d'emploi démontrant que vous avez travaillé pendant au moins 90 jours consécutifs
- Avis de licenciement
- Lettre d'approbation des prestations d'Assurance-Emploi et preuve de la réception de tous les paiements versés jusqu'à présent par A.-E. (si applicable à vous)
- Si vous ne parvenez pas à obtenir l'indemnité d'emploi – veuillez compléter La Déclaration de manque d'emploi ci-jointe

Perte d'emploi - Étudiants - Documents requis :

- Une copie de vo(s) relevé(s) d'emploi démontrant que vous avez travaillé pendant au moins 90 jours consécutifs
- Avis de licenciement
- Lettre d'approbation des prestations d'Assurance-Emploi et preuve de la réception de tous les paiements versés jusqu'à présent par A.-E. (si applicable à vous)
- Si vous ne parvenez pas à obtenir l'indemnité d'emploi – veuillez compléter La Déclaration de manque d'emploi ci-jointe
- Documents confirmant l'inscription d'étude postsecondaire, tels que les documents d'inscription scolaire

Perte d'emploi - Travailleurs autonome - Documents requis:

- Une preuve d'enregistrement d'entreprise pour un minimum de 12 mois consécutifs
- Documentation de revenus pendant une période de 90 jours immédiatement avant la perte d'emploi
- L'attestation de perte d'emploi - déclaration de chômage travailleur autonome-ci-jointe remplie par vous-même

GRÈVE OU LOCKOUT :

- Une copie de vo(s) relevé(s) d'emploi démontrant que vous avez travaillé pendant au moins 90 jours consécutives
- Avis de grève ou de lockout

Pour être inclus: une copie de vos relevés de carte de crédit Scotia suivants :

- Le relevé émis au cours du mois où vous avez été mis à pied ou congédié ou du mois où la grève ou le lockout a été déclenché
- Pour travailleurs autonome - Émis le mois du début de votre chômage (avant la période d'attente de 90 jours)
- Le premier relevé émis après la date de mise à pied ou de congédiement ou la date de déclenchement de la grève ou du lockout

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 SOUMETTRE TOUS LES FORMULAIRES DE RÉCLAMATION ET LES RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉCLAMATIONS COMPLÉTÉS PAR COURRIER, COURRIEL OU TÉLÉCOPIEUR À UNITÉ ASSUREUR ET GESTIONNAIRE LTD.

Veuillez 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 EN
CAS DE PERTE D'EMPLOI, DE GRÈVE OU DE LOCKOUT
DÉCLARATION DU DEMANDEUR ET DE L'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

DÉCLARATION DU DEMANDEUR - CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'ASSURÉ

Titre:	Nom:	N° de carte de crédit Scotia:
N° de carte de crédit Scotia Additionnel:		
Adresse:		
Ville:	Province:	Code postal:
N° de téléphone:	Courriel:	
Date de naissance: (MM/JJ/AAAA)	Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Genderqueer/Non-Binaire <input type="checkbox"/> Autre/Ne souhaite pas divulguer	
Nom du dernier employeur:	Occupation:	
Adresse:		
Date d'embauche: (MM/JJ/AAAA)	Dernière journée de travail: (MM/JJ/AAAA)	
Date de réception de l'avis de congédiement/mise à pied: (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 feuille d'instructions pour plus d'informations)

- VOTRE AVIS DE CONGÉDIEMENT/MISE À PIED OU DE GRÈVE/LOCKOUT
- COPIE DU RELEVÉ D'EMPLOI
- COPIE DE CORRESPONDANCE DE L'INDEMNITÉ EMPLOI CONFIRMANT L'ÉTAT DE VOTRE RÉCLAMATION (S'IL Y A LIEU).
- COPIE DES RELEVÉS DE COMPTES DE LA CARTE DE CRÉDIT SCOTIA:
 - Émise au cours du mois de l'avis de congédiement/mise à pied ou de grève/lockout
 - Le premier relevé émis immédiatement après la date de l'avis de congédiement/mise à pied ou de grève/lockout

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR - CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYEUR

Date de réception de l'avis de congédiement, de mise à pied, de grève ou de lockout: (MM/JJ/AAAA)		
Raison pour laquelle le demandeur est sans emploi:		
Date d'embauche: (MM/JJ/AAAA)	Dernière journée de travail: (MM/JJ/AAAA)	
Heures de travail hebdomadaires :		
Je déclare que l'information fournie ci-dessus concernant _____ est véridique à ma connaissance.		
Société :		
Nom :	Poste :	
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Numéro de téléphone:	Numéro de télécopieur:	
Courriel :		

Signature de l'employeur : _____ Date: (JJ/MM/AAAA) _____

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 (« 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, territoriaux 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.

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.
Veillez soumettre ce formulaire par courriel/voie électronique à l'adresse SCCPClaims@umu.net**

DÉCLARATION DU DEMANDEUR - CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'ASSURÉ

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

Veillez confirmer que vous avez inclus une copie (scan/photo/capture d'écran sont acceptables) des documents suivants en plus de ce formulaire dans votre trousse de réclamation: (voir la feuille d'instructions pour plus d'informations)

- PREUVE D'ENREGISTREMENT D'ENTREPRISE POUR UN MINIMUM DE 12 MOIS CONSÉCUTIFS
- DOCUMENTATION DE REVENUS PENDANT UNE PÉRIODE DE 90 JOURS IMMÉDIATEMENT AVANT LA PERTE D'EMPLOI
- LA DÉCLARATION DE CHÔMAGE - TRAVAILLEUR AUTONOME
- COPIE DES RELEVÉS DE COMPTES DE LA CARTE DE CRÉDIT SCOTIA:
 - Émise au cours du mois de perte d'emploi
 - Le premier relevé émis immédiatement après la date de perte d'emploi (si disponible)

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, territoriaux 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.

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.

Veillez soumettre ce formulaire par courriel/voie électronique à l'adresse SCCPClaims@umu.net

DÉCLARATION DE MANQUE D'EMPLOI

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

Je, _____ confirme que je ne suis ni employé(e) ni travailleur autonome couramment et que je n'ai pas reçu pas des revenus d'aucune nature en échange de travail rémunère ou travail autonome.

Je déclare que je suis à la recherche active d'emploi. Énumérée ci-dessous sont trois compagnies dont j'ai contacté pour d'emploi dans les 30 derniers jours :

1. Nom de la compagnie :

Point de contact :

Numéro de téléphone :

Date de contact :

2. Nom de la compagnie :

Point de contact :

Numéro de téléphone :

Date de contact :

3. Nom de la compagnie :

Point de contact :

Numéro de téléphone :

Date de contact :

Si je suis embauché ou deviens travailleur autonome, j'aviserai immédiatement Chubb Life Insurance Company of Canada pour signaler mon retour au travail.

J'accepte de repayer à Chubb Life Insurance Company of Canada les bénéfices reçus qui correspondent à la période suite à la date de mon retour au travail rénumère ou travail autonome.

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



**ATTESTATION DE PERTE D'EMPLOI
DÉCLARATION DE CHÔMAGE
TRAVAILLEUR AUTONOME**

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
SCCP@umu.net

Je, _____, déclare par les présentes que je suis toujours sans emploi depuis
[nom en caractères d'imprimerie]

_____ et que je n'ai tiré aucune rémunération de quelque nature que ce soit d'un emploi ou d'un travail autonome.
[date de perte d'emploi]

Je déclare que je cherche activement un emploi pendant le mois de _____.
[mois/année]

Si je trouve un emploi ou si je deviens travailleur autonome, j'aviserai immédiatement Unité Assureur et Gestionnaire Ltd. -Vie de mon retour au travail.

Je conviens de rembourser à Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie toutes prestations payées à l'égard d'une période subséquente à la date de mon retour au travail en tant que salarié ou travailleur autonome.

Signature du demandeur : _____ Date : _____

Numéro de réclamation: _____

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