

## PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA RÉCLAMATION RELATIVE À UNE PERTE D'EMPLOI, UNE GRÈVE OU UN LOCK-OUT

**Veuillez 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 d'emploi est survenue avant le 17 octobre 2020, le critère d'admissibilité relatif à l'emploi est de 180 jours.**

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

**Perte d'emploi — Personnes employées :** Pour être admissible à ces prestations, il faut que la personne ayant un emploi est mise à pied par son employeur ou si celui-ci met fin à ses services. Vous devez avoir été employé ou avoir travaillé à temps plein pendant au moins 90 jours consécutifs et au moins 20 heures par semaine immédiatement avant la date du début de la perte d'emploi. Le demandeur doit être devenu chômeur au plus tard le jour de son 70<sup>e</sup> anniversaire pour pouvoir prétendre aux prestations de perte d'emploi. Pour les personnes inscrites dans un établissement d'enseignement postsecondaire et ayant subi une perte d'emploi le 11 mars 2020 ou après cette date, le nombre d'heures d'emploi hebdomadaire requis est de 10. Le nombre d'heures de travail hebdomadaire doit être continu, et non pas résulter d'une moyenne.

**Perte d'emploi — Travailleurs autonomes:** La prestation mensuelle de perte d'emploi ne sera versée que si le demandeur est sans emploi pendant 90 jours consécutifs et si son entreprise est enregistrée depuis au moins 12 mois consécutifs avant le jour de la perte d'emploi. Dans le cas d'un travailleur autonome ayant une entreprise enregistrée depuis au moins 12 mois consécutifs, seule une demande de prestation par année peut être versée pour la même entreprise enregistrée.

**Définition du travailleur autonome :** Dans le cadre de la prestation pour perte d'emploi, une personne est considérée comme étant un travailleur autonome, ou comme ayant été un travailleur autonome, si elle a travaillé afin de tirer un revenu d'un métier ou d'une profession qu'elle a exercée, d'une société de personnes dont elle a été un associé, de sa propre entreprise, ou d'une société fermée ou autre entité dans laquelle elle détenait une participation.

### Grève/lock-out :

Pour avoir droit à ces prestations, vous devez avoir été employé pendant au moins 90 jours immédiatement avant la date de la grève ou du lock-out.

**Si vous souhaitez faire une demande pour plusieurs cartes de crédit, veuillez ne remplir qu'un seul formulaire de demande. Vous pouvez indiquer tous le(s) numéro(s) des carte(s) de crédit concerné(s) dans le formulaire ci-dessous.**

Afin d'examiner l'admissibilité de votre demande de règlement relative à une perte d'emploi, une grève ou un lock-out, vous devez fournir **TOUS** les éléments suivants :

1. **Si vous êtes employé :** Fournissez le formulaire de demande ci-joint, rempli par vous-même et par votre employeur, attestant que vous étiez en activité avant le licenciement/la mise à pied, la grève ou le lock-out.
2. **Si vous êtes étudiant :** Fournissez le formulaire de demande ci-joint, rempli par vous-même et votre employeur, ainsi que la déclaration de chômage (si vous n'êtes pas admissible au programme d'Emploi et Immigration Canada).
3. **Si vous êtes travailleur autonome :** Fournissez le formulaire de demande de règlement pour les travailleurs autonomes ci-joint et la déclaration de chômage pour les travailleurs autonomes

Veuillez remplir une déclaration de chômage pour **CHAQUE** mois de chômage.

**Perte d'emploi — Personnes employées — Documents requis :**

- Copie de votre (vos) relevé(s) d'emploi, prouvant que vous avez travaillé au moins 90 jours consécutifs immédiatement avant la perte d'emploi
- Avis de mise à pied/licenciement
- Votre lettre d'approbation des prestations d'Assurance-Emploi et la preuve de réception de tous les paiements d'Assurance-Emploi reçus à ce jour (le cas échéant)
- Si vous n'êtes pas admissible au programme de la Commission de l'assurance-emploi du Canada, veuillez remplir la déclaration de chômage

**Perte d'emploi — Étudiants — Documents requis :**

- Copie de votre (vos) relevé(s) d'emploi, prouvant que vous avez travaillé au moins 90 jours consécutifs immédiatement avant la perte d'emploi
- Avis de mise à pied/licenciement
- Votre lettre d'approbation des prestations d'Assurance-Emploi et la preuve de réception de tous les paiements d'Assurance-Emploi reçus à ce jour (le cas échéant)
- Si vous n'êtes pas admissible au programme de la Commission de l'assurance-emploi du Canada, veuillez remplir la déclaration de chômage
- Documents confirmant l'inscription dans un établissement d'enseignement postsecondaire, tels que les documents d'inscription dans l'établissement

**Perte d'emploi — Travailleur autonome — Documents requis :**

- Preuve de l'enregistrement de l'entreprise pendant au moins 12 mois consécutifs
- Preuve d'un emploi effectif ou d'un revenu pendant les 90 jours précédant immédiatement la date de la perte d'emploi
- Remplir la déclaration de chômage du travailleur autonome ci-jointe

**GRÈVE/LOCK-OUT — DOCUMENTS REQUIS :**

- Copie de votre (vos) relevé(s) d'emploi, prouvant que vous avez travaillé au moins 90 jours consécutifs immédiatement avant la date de la grève ou du lock-out
- Avis de grève ou de lock-out

**À inclure : Une copie des relevés de carte de crédit Scotia suivants :**

- Émis au cours du mois de chômage, de grève ou de lock-out
- Pour les travailleurs autonomes : émis au cours du mois où le chômage a commencé (avant la période d'attente de 90 jours)
- Le premier relevé émis directement après la survenue du chômage, de la grève ou du lock-out

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.

Le fait de ne pas fournir TOUS les renseignements indiqués 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](mailto:SCCPClaims@umu.net)

**TÉLÉCOPIEUR :** 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 DE PERTE D'EMPLOI,**  
**GRÈVE OU LOCK-OUT**  
**DÉCLARATION DU DEMANDEUR ET 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](mailto:SCCPClaims@umu.net)

**DÉCLARATION DU DEMANDEUR, À REMPLIR PAR L'ASSURÉ**

Titre :	Nom :	Numéro de carte de crédit Scotia :
No de carte de crédit Scotia Additionnel :		No. de référence :
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Numéro de téléphone :	Adresse courriel :	
Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)	Genre : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	
Nom du dernier employeur :	Profession :	
Adresse de l'employeur :		
Date d'embauche : (JJ/MM/AAAA)	Dernier jour travaillé : (JJ/MM/AAAA)	
Date de la notification du licenciement/de la mise à pied imminente : (JJ/MM/AAAA)		

Veuillez confirmer que vous avez inclus une copie (les copies numérisées, les photos et les instantanés d'écran sont acceptés) des documents suivants en plus de ce formulaire dans votre dossier de demande de règlement : (voir la feuille d'instructions pour plus de renseignements)

- VOTRE AVIS DE MISE À PIED/LICENCIEMENT, DE GRÈVE OU LOCK-OUT
- UNE COPIE DU RELEVÉ D'EMPLOI
- UNE COPIE DE LA CORRESPONDANCE ENVOYÉE PAR EMPLOI ET IMMIGRATION CANADA CONFIRMANT L'ÉTAT DE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT
- COPIE DES RELEVÉS DE LA CARTE DE CRÉDIT SCOTIA :
  - Émis au cours du mois de mise à pied/licenciement, de grève ou de lock-out
  - Le premier relevé émis immédiatement après la survenue du chômage, de la grève ou du lock-out

**DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR, À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR**

Nom de l'employé(e) :		
Motif du chômage :		
Date d'embauche : (JJ/MM/AAAA)	Dernier jour travaillé : (JJ/MM/AAAA)	
Heures de travail hebdomadaire :	Date de la notification du licenciement/de la mise à pied/de la grève/du lock-out imminent : (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.		

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

**Attestation du demandeur :** Les déclarations ci-dessus sont, à ma meilleure connaissance, véridiques et complètes. Dans le cas d'une déclaration fausse 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 et/ou Chubb compagnie d'assurance-vie, à ses assureurs 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 assureurs 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](http://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.

**Authorisation :** 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 du travail ou régime ou organisme similaire, administrateur de régime, ministère 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](mailto:SCCPClaims@umu.net)**



**PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA**  
**FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE PERTE D'EMPLOI**  
**DES TRAVAILLEURS AUTONOMES**  
**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](mailto:SCCPClaims@umu.net)

**DÉCLARATION DU DEMANDEUR, À REMPLIR PAR L'ASSURÉ**

Titre :	Nom :	Numéro de carte de crédit Scotia :
Numéro(s) de(s) carte(s) de crédit Scotia supplémentaire(s) :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Numéro de téléphone :	Adresse courriel :	
Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)	Genre : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	
Nom de l'entreprise :	Profession :	
Numéro d'enregistrement de l'entreprise :		
Adresse de l'entreprise :		
Date de la perte d'emploi, de la fermeture forcée de l'entreprise ou de la faillite : (JJ/MM/AAAA)		

**Veuillez confirmer que vous avez inclus une copie (les copies numérisées, les photos et les instantanés d'écran sont acceptés) des documents suivants en plus de ce formulaire dans votre dossier de demande de règlement :**

(Voir la feuille d'instructions pour plus de renseignements) :

- UNE PREUVE DE L'ENREGISTREMENT DE L'ENTREPRISE DEPUIS AU MOINS 12 MOIS
- UNE PREUVE DE TRAVAIL AUTONOME/REVENU POUR LES 90 JOURS PRÉCÉDANT IMMÉDIATEMENT LA DATE DU SINISTRE
- LA DÉCLARATION DE CHÔMAGE POUR LES TRAVAILLEURS AUTONOMES REMPLIE POUR JUSTIFIER LE CHÔMAGE PENDANT 90 JOURS APRÈS LA DATE DU SINISTRE
- UNE COPIE DES RELEVÉS DE LA CARTE DE CRÉDIT SCOTIA :
  - Émis au cours du mois de chômage
  - Le premier relevé émis immédiatement après la survenue du chômage (le cas échéant)

**Attestation du demandeur :** Les déclarations ci-dessus sont, à ma meilleure connaissance, véridiques et complètes. Dans le cas d'une déclaration fausse 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 et/ou 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](http://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 du travail ou régime ou organisme similaire, administrateur de régime, ministère 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 reconnaiss 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](mailto:SCCPClaims@umu.net)**

**DÉCLARATION DE CHÔMAGE**

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](mailto:SCCPClaims@umu.net)

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ déclare par la présente que je ne suis toujours ni employé(e) ni travailleur autonome et que je n'ai pas reçu aucune rémunération de quelque nature que ce soit au titre d'un emploi ou d'un travail autonome pour la période allant du : \_\_\_\_\_  
au \_\_\_\_\_

Je déclare rechercher de manière active un emploi. Vous trouverez ci-dessous trois entreprises que j'ai contactées pour un emploi au cours des 30 derniers jours :

**1. Nom de l'entreprise :**

---

**Personne-resource :**

---

**Numéro de téléphone :**

---

**Date de la prise de contact :****2. Nom de l'entreprise :**

---

**Personne-resource :**

---

**Numéro de téléphone :**

---

**Date de la prise de contact :****3. Nom de l'entreprise :**

---

**Personne-resource :**

---

**Numéro de téléphone :**

---

**Date de la prise de contact :**

Si je trouve un emploi ou si je commence un travail autonome, je contacterai immédiatement Unity Managing Underwriters Ltd. pour les informer de ma reprise du travail.

J'accepte de rembourser à Chubb Compagnie d'assurance-vie du Canada toute prestation versée pour une période postérieure à la date de ma reprise du travail.

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Date : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

**En remplissant et en soumettant le présent formulaire, je reconnaiss 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](mailto:SCCPClaims@umu.net)**



## DÉCLARATION DE CHÔMAGE TRAVAILLEUR AUTONOME

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](mailto:SCCPClaims@umu.net)

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ déclare par la présente que je suis au chômage depuis le \_\_\_\_\_  
[NOM EN LETTRES MOULÉES D'EMPLOI] [DATE DE LA PERTE]

et que je n'ai pas reçu aucune rémunération de quelque nature que ce soit au titre d'un emploi ou d'un travail autonome depuis cette date.

Je déclare que j'ai cherché un emploi de manière active à partir du mois de \_\_\_\_\_.  
[MOIS/ANNÉE]

Si je trouve un emploi ou si je commence un travail autonome, je contacterai immédiatement Unity Managing Underwriters Ltd. pour les informer de ma reprise du travail.

J'accepte de rembourser à Chubb Compagnie d'assurance-vie du Canada toute prestation versée pour une période postérieure à la date de ma reprise du travail.

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Numéro de la demande : \_\_\_\_\_

**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](mailto:SCCPClaims@umu.net)**