

PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA DEMANDE DE RÈGLEMENT DÉCÈS

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

Les formulaires ci-joints doivent être remplis par l'exécuteur ou l'exécutrice testamentaire de la personne décédée.

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 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 l'exécuteur ou l'exécutrice testamentaire de la personne décédée.
2. La *Déclaration du médecin traitant* ci-jointe remplie et signée par le médecin traitant ou le spécialiste.
3. Une copie du certificat de décès ou de l'attestation de décès émise par l'entrepreneur de pompes funèbres ou de tout autre document pertinent à la présente demande de règlement.
4. Une preuve de l'âge du titulaire de la carte (p. ex. copie du certificat de naissance)
5. Une copie des relevés de carte de crédit Scotia suivants :
 - Le relevé émis au cours du mois du décès;
 - Le premier relevé émis immédiatement après le décès.
6. Veuillez soumettre une copie originale des reçus de tout achat effectuée antérieurement à la date du décès de l'assuré 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 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
DÉCLARATION DE DÉCÈS 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

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE DÉCÉDÉE		
N° de carte de crédit Scotia :		
Autre(s) N°(s) de carte(s) de crédit Scotia :		
Titre :	Nom de la personne décédée :	
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Genderqueer/Non-binaire <input type="checkbox"/> Autre / Ne souhaite pas se prononcer		Date de naissance : (MM/JJ/AAAA)
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Cause du décès :		
En cas d'accident, indiquer la date, le lieu et les circonstances de l'accident :		
Date du décès : (MM/JJ/AAAA)		Date d'apparition de la maladie : (MM/JJ/AAAA)
La personne décédée avait-elle déjà présenté la même maladie ou une maladie similaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si vous avez répondu oui, veuillez fournir une description.		

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR		
Titre :	Nom :	N° de téléphone :
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Genderqueer/Non-binaire <input type="checkbox"/> Autre / Ne souhaite pas se prononcer		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Courriel :		
Vous soumettez la réclamation en tant que (cocher une case) : <input type="checkbox"/> Exécuteur ou exécutrice testamentaire <input type="checkbox"/> Cessionnaire <input type="checkbox"/> Autre		
Si vous avez répondu Autre, veuillez préciser.		

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



PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION
DÉCLARATION DE DÉCÈS
DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

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

IL INCOMBE AU DEMANDEUR DE SE PROCURER LE PRÉSENT FORMULAIRE ET D'ASSUMER LES FRAIS ENGAGÉS POUR LE FAIRE REMPLIR

CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom complet de la personne décédée :	
Date de naissance : (MM/JJ/AAAA)	
Lieu de résidence au moment du décès :	
Date du décès : (MM/JJ/AAAA)	
Cause directe du décès (maladie, blessure ou complication) :	
Temps écoulé entre le début de la maladie ou la blessure et le décès :	
Autres troubles médicaux importants (liés ou non à la cause du décès) :	
Une autopsie a-t-elle été effectuée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date du premier rendez-vous lié à la dernière maladie : (MM/JJ/AAAA)	
Date du dernier rendez-vous lié à la dernière maladie : (MM/JJ/AAAA)	
La personne décédée a-t-elle été soignée par un autre médecin au cours des 5 dernières années? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le nom et l'adresse de chaque médecin consulté.	
Nom du médecin :	Date :
Adresse :	
N° de téléphone :	N° de télécopieur :

Signature du médecin : _____ Date (MM/JJ/AAAA): _____

Spécialité : _____

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