

**PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA  
 RÉCLAMATION D'HOSPITALISATION**

**Veillez 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 LA PRESTATION D'HOSPITALISATION N'EST ACCESSIBLE QUE SI VOUS AVEZ ÉTÉ HOSPITALISÉ LE 17 OCTOBRE 2020 OU APRÈS CETTE DATE\*\*\***

*Les prestations payables à l'égard d'un risque assuré ne le sont pas dans le cas d'un autre risque assuré attribuable à la même cause. Si les demandeurs ont droit simultanément à des prestations concernant plusieurs risques couverts par la présente attestation, la somme versée se limite au montant le plus élevé. Les demandeurs n'ont donc droit qu'à une prestation à la fois.*

Pour avoir droit à ces prestations, vous devez être admis dans un hôpital au Canada ou aux États-Unis continentaux (plus l'Alaska et Hawaï) en tant que patient hospitalisé pour la nuit afin de recevoir un traitement médical, sur recommandation d'un médecin, à la suite d'une blessure corporelle accidentelle ou d'une maladie imprévue.

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

Afin de nous permettre d'examiner la réclamation, vous devez fournir TOUS les éléments suivants :

1. Le formulaire de déclaration du demandeur ci-joint, dûment rempli et signé par le demandeur.
2. Une copie du résumé d'admission à l'hôpital (ou aux hôpitaux) et de la durée du séjour à l'hôpital (qui indique de manière précise la date d'admission et la date de congé de l'hôpital)
3. Une copie du relevé de la carte de crédit Scotia :
  - Émis le mois de l'hospitalisation lié au problème de santé faisant l'objet de la demande
  - Et le premier relevé émis immédiatement après l'hospitalisation

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.

Si vous ne fournissez pas TOUS les renseignements requis comme indiqué 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.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE		
Titre :	Nom :	
N° de téléphone :	N° de référence:	
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Genre : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)	
N° de carte de crédit Scotia :	Adresse courriel :	
N° de carte de crédit Scotia Additionnel:		

Veuillez indiquer la période d'hospitalisation faisant l'objet de la demande :	<input type="checkbox"/> Hospitalisation d'une durée minimale de 24 heures consécutives, mais inférieure à 30 jours consécutifs
	<input type="checkbox"/> Hospitalisation d'une durée minimale de 30 jours consécutifs
Veuillez décrire la nature et l'étendue de votre hospitalisation :	
À quelle date avez-vous été admis à l'hôpital? (JJ/MM/AAAA)	
S'agissait-il d'une hospitalisation programmée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Veuillez décrire la raison de votre (vos) hospitalisation(s) :	
Le cas échéant, à quelle date la chirurgie a-t-elle eu lieu? (JJ/MM/AAAA)	
À quelle date êtes-vous sorti de l'hôpital? (JJ/MM/AAAA)	

Nom du médecin :	Numéro de téléphone :	
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Avez-vous déjà été atteint d'un problème de santé similaire ou connexe ou reçu un traitement pour celui-ci? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, veuillez fournir des détails et des dates :		

**CONSULTATIONS MÉDICALES**

<b>Nom de votre médecin de famille :</b>		
<b>Depuis combien de temps êtes-vous son/sa patient(e)?</b>		
<b>Numéro de téléphone :</b>		
<b>Adresse :</b>		
<b>Ville :</b>	<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>
<b>Si vous avez été soigné dans un hôpital ou un établissement similaire, veuillez fournir les renseignements suivants :</b>		
<b>Nom de l'hôpital :</b>	<b>Ville ou village :</b>	
<b>Date de l'admission à l'hôpital : (JJ/MM/AAAA)</b>	<b>Date de sortie de l'hôpital : (JJ/MM/AAAA)</b>	
<b>Nom de l'hôpital :</b>	<b>Ville ou village :</b>	
<b>Date de l'admission à l'hôpital: (JJ/MM/AAAA)</b>	<b>Date de sortie de l'hôpital: (JJ/MM/AAAA)</b>	
<b>Nom de l'hôpital :</b>	<b>Ville ou village :</b>	
<b>Date de l'admission à l'hôpital: (JJ/MM/AAAA)</b>	<b>Date de sortie de l'hôpital: (JJ/MM/AAAA)</b>	
<b>Nom de l'hôpital :</b>	<b>Ville ou village :</b>	
<b>Date de l'admission à l'hôpital: (JJ/MM/AAAA)</b>	<b>Date de sortie de l'hôpital: (JJ/MM/AAAA)</b>	
<b>Nom de l'hôpital :</b>	<b>Ville ou village :</b>	
<b>Date de l'admission à l'hôpital: (JJ/MM/AAAA)</b>	<b>Date de sortie de l'hôpital: (JJ/MM/AAAA)</b>	

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

COPIE DU/DES RÉSUMÉ(S) D'ADMISSION ET DE SORTIE DE L'HÔPITAL OU DES HÔPITAUX;

COPIE DES RELEVÉS DE LA CARTE DE CRÉDIT SCOTIA :

Émis le mois de l'hospitalisation faisant l'objet de la demande

Le premier relevé émit directement après l'hospitalisation

**Attestation du demandeur :** Les déclarations ci-dessus sont, à ma meilleure connaissance, véridiques et complètes. Dans le cas d'une déclaration fautive 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 recouverts 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 reconnais qu'une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Nom du demandeur (en lettres moulées) \_\_\_\_\_

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)**