

**PROTECTION CARTE DE CRÉDIT SCOTIA
RÉCLAMATION DE DÉCÈS**

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

Les formulaires ci-joints doivent être remplis par le fiduciaire ou l'exécuteur ou l'exécutrice testamentaire du défunt.

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 l'admissibilité de votre demande, vous devez fournir TOUS les éléments suivants :

1. Le formulaire de déclaration du demandeur ci-joint, dûment rempli et signé par l'exécuteur ou l'exécutrice testamentaire du défunt
2. Le formulaire de déclaration du médecin traitant ci-joint, dûment rempli et signé par le médecin traitant, le spécialiste, le coroner ou le médecin légiste
3. La copie du certificat de décès ou du certificat de décès du directeur de funérailles et tout autre renseignement pertinent en rapport avec la réclamation
4. Une preuve de l'âge du titulaire de la carte de crédit Scotia (p. ex. une copie du certificat de naissance)
5. Une copie du relevé de la carte de crédit Scotia :
 - Émis le mois du décès
 - Et le premier relevé émis immédiatement après la survenue du décès
6. Veuillez fournir les reçus originaux de tout achat effectué par l'assuré avant la date du décès, mais ne figurant pas encore sur le relevé de carte de crédit.

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

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.



Chubb. Insured. SM

Chubb compagnie d'assurance-vie fait partie du groupe de compagnies d'assurance Chubb, présent dans 54 pays. Chubb propose des assurances des entreprises, des assurances des biens meubles, des assurances risques diverses et des assurances maladie complémentaires, de la réassurance et des assurances-vie à un ensemble varié de clients.

Chubb Limited, la société mère de Chubb compagnie d'assurance-vie, est cotée à la bourse de New York (NYSE : CB) et fait partie de l'indice S&P 500.

| RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DÉFUNT | | |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| N° de carte de crédit Scotia : | | |
| Autre(s) N°(s) de carte(s) de crédit Scotia : | | N° de référence : |
| Titre : | Nom de la personne décédée : | |
| Genre du défunt : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre : | | Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) |
| Adresse : | | |
| Ville : | Province : | Code postal : |
| Cause du décès : | | |
| S'il s'agit d'un accident, indiquez la date, le lieu et les circonstances : | | |
| | | |
| Date du décès : (JJ/MM/AAAA) | | Début de la maladie : (JJ/MM/AAAA) |
| Antécédents de la même maladie ou d'une maladie apparentée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | |
| Si oui, veuillez fournir des détails : | | |
| | | |

| RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR | | |
|--|------------|-----------------------|
| Titre : | Nom : | Numéro de téléphone : |
| Genre : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre : | | |
| Adresse : | | |
| Ville : | Province : | Code postal : |
| Adresse courriel : | | |
| Vous demandez à bénéficier de prestations en tant que (veuillez cocher une case) : <input type="checkbox"/> Exécuteur testamentaire <input type="checkbox"/> Fiduciaire testamentaire <input type="checkbox"/> Autre | | |
| Si vous avez coché la case « Autre », veuillez apporter des précisions : | | |
| | | |

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 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.

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

LE DEMANDEUR EST RESPONSABLE DE L'OBTENTION DE CE FORMULAIRE ET DES FRAIS ENCOURUS POUR LE REMPLIR

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

| | |
|--|-------------------------|
| Nom du médecin traitant : | |
| Adresse : | |
| Numéro de téléphone : | Numéro de télécopieur : |
| Nom du défunt : | |
| Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) | |
| Résidence au moment du décès : | |
| Date du décès : (JJ/MM/AAAA) | |
| Cause directe du décès (maladie, blessure ou complication à l'origine du décès) : | |
| | |
| Le décès a-t-il été causé directement ou indirectement par une blessure que le défunt s'est lui-même infligée? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |
| Début de la maladie : (JJ/MM/AAAA) | |
| Le patient a-t-il déjà souffert d'un problème de santé identique ou similaire? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |
| Si oui, veuillez fournir des détails et des dates précises : | |
| Délai entre l'apparition de la maladie et le décès : | |
| Indiquez tout autre problème de santé majeur, que celui-ci soit ou non lié à la cause du décès (y compris les traitements suivis par d'autres médecins, avec leur nom et leur adresse) : | |
| | |
| Une autopsie a-t-elle été pratiquée? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |
| Date de la première consultation concernant la dernière maladie : (JJ/MM/AAAA) | |
| Date de la dernière consultation concernant la dernière maladie : (JJ/MM/AAAA) | |

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

Spécialité : _____

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