



Proposition d'assurance vie

Cette proposition ne doit servir qu'à la souscription des assurances vie Temporaire PourVous RBC^{MC} et/ou Assurance Croissance RBC^{MC} ou Assurance Croissance Plus RBC^{MC} - Des produits d'assurance vie avec participation et des avenants et garanties complémentaires qui s'y rapportent



Assurances

TABLE DES MATIÈRES

Pour votre client

- Collecte et utilisation des renseignements personnels 2-3
- Fiche d'information à l'intention du consommateur – préavis 3

Partie 1

- Renseignements personnels et sur l'emploi 4
- Objet principal de l'assurance 5
- Assurance proposée - PourVous RBC^{MC} 5
- Assurance proposée - Assurance Croissance RBC^{MC} ou Assurance Croissance Plus RBC^{MC}
- Un produit d'assurance vie avec participation 6-7
- Assurance en vigueur ou à l'étude. 7-8
- Bénéficiaire 8
- Propriété 8-9
- Désignation de fiduciaire 9
- Renseignements d'ordre financier 9-10
- Renseignements supplémentaires. 10-11

Partie 2

- Renseignements médicaux 12-18

Partie 3

- Renseignements sur la prime et le mode de paiement 20
- Proposition d'assurance – Avenant d'assurance temporaire pour enfants 21
- Convention et Autorisation - Avenant d'assurance temporaire pour enfants 22
- Note de couverture 24-25
- Convention 26
- Autorisation 28
- Déclaration de résidence aux fins de l'impôt pour les particuliers - NCD et FATCA 30-32
- Déclaration de résidence aux fins de l'impôt pour les entités - NCD et FATCA 34-39
- Rapport du conseiller 40

COLLECTE ET UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Collecte de vos renseignements personnels

Nous (la Compagnie d'assurance vie RBC) pouvons, à l'occasion, recueillir des renseignements à votre sujet, tels que :

- des renseignements permettant d'établir votre identité (par exemple, nom, adresse postale, numéro de téléphone, date de naissance, etc.) et vos antécédents personnels ;
- des renseignements découlant de votre relation avec nous ;
- des renseignements que vous nous communiquez au cours du processus de proposition et de règlement pour n'importe lequel de nos produits ou services d'assurance ; et
- des renseignements nécessaires à la fourniture de produits ou à la prestation de services d'assurance

Nous pouvons recueillir ces renseignements auprès de vous directement ou par l'intermédiaire de nos représentants. Nous pouvons recueillir et vérifier ces renseignements tout au long de notre relation. Nous pouvons les recueillir de diverses sources, notamment des hôpitaux, des médecins et autres professionnels de la santé, du MIB, Inc., du gouvernement (incluant les régimes d'assurance maladie gouvernementaux) et d'autres organismes gouvernementaux, d'autres compagnies d'assurance, d'institutions financières, des rapports sur le dossier du conducteur et de votre employeur

Utilisation de vos renseignements personnels

Ces renseignements peuvent être utilisés à l'occasion aux fins suivantes :

- vérifier votre identité et examiner vos antécédents personnels ;
- établir et renouveler les produits et services d'assurance que vous pourriez demander ;
- évaluer le risque d'assurance et traiter les demandes de règlement ;
- mieux comprendre votre situation sur le plan de l'assurance ;
- déterminer votre admissibilité aux produits et services d'assurance que nous offrons ;
- nous aider à mieux comprendre les besoins actuels et futurs de nos clients ;
- vous communiquer tout avantage, toute caractéristique et toute information au sujet des produits et services d'assurance que vous détenez chez nous ;
- nous aider à mieux gérer nos affaires et notre relation avec vous ; et
- comme la loi l'exige ou le permet

À ces fins, nous pouvons rendre ces renseignements accessibles à nos employés, mandataires, prestataires de services ou tierces parties, qui sont tenus d'en assurer la confidentialité.

Si notre prestataire de service se trouve à l'extérieur du Canada, il est lié par les lois du territoire où il est situé, et les renseignements peuvent être divulgués conformément à ces lois. Les tierces parties peuvent être d'autres compagnies d'assurance, le MIB, Inc. et des institutions financières.

Nous pouvons aussi utiliser ces renseignements et les communiquer aux sociétés de RBC® (i) pour gérer nos risques et nos activités et ceux d'autres sociétés de RBC, (ii) pour nous conformer aux demandes d'information valables vous concernant en provenance des autorités de contrôle, des organismes gouvernementaux, des organismes publics ou d'autres entités habilitées à soumettre de telles demandes, et (iii) pour faire connaître à d'autres sociétés de RBC vos choix au titre de la section « Autres utilisations de vos renseignements personnels » dans le seul but de les faire respecter

Si nous connaissons votre numéro d'assurance sociale, nous pouvons l'utiliser à des fins d'information fiscale et le communiquer aux organismes gouvernementaux compétents.

Le paragraphe ci-dessous ne s'applique pas si la proposition est présentée par un représentant indépendant ou un représentant affilié à une autre compagnie que RBC Assurances®.

Autres utilisations de vos renseignements personnels

Nous pouvons utiliser ces renseignements pour faire, auprès de vous, la promotion de nos produits et services, ainsi que ceux de tiers choisis et susceptibles de vous intéresser. Nous pouvons communiquer avec vous par divers modes de communication, notamment le téléphone, l'ordinateur ou la poste, en utilisant les coordonnées que vous nous avez transmises

Nous pouvons également, lorsque la loi le permet, divulguer vos renseignements à d'autres sociétés de RBC, afin de vous recommander à elles ou de promouvoir les produits et services qui sont susceptibles de vous intéresser. Nous et les sociétés de RBC pouvons communiquer avec vous par divers modes de communication, notamment le téléphone, l'ordinateur ou la poste, en utilisant les coordonnées que vous nous avez transmises. Vous convenez que, si un tel échange de renseignements survient, ces sociétés peuvent nous informer des produits ou services fournis

Si vous faites aussi affaire avec d'autres sociétés de RBC, nous pouvons, si la loi le permet, combiner ces renseignements à des renseignements que ces sociétés détiennent à votre sujet, afin de nous permettre, à nous ou à n'importe laquelle d'entre elles, de gérer votre relation avec les sociétés de RBC et avec nous

Il est entendu que nous et chaque société de RBC sommes des entités distinctes, mais affiliées. On entend par sociétés de RBC nos sociétés affiliées dont l'activité consiste à offrir un ou plusieurs des services suivants : dépôts, prêts et autres services financiers personnels, services de cartes de crédit, de débit ou de paiement, services de fiducie et de garde des valeurs, services liés aux valeurs mobilières, services de courtage et services d'assurance

Vous pouvez nous demander de ne pas échanger ni utiliser ces renseignements personnels aux fins décrites au paragraphe « Autres utilisations de vos renseignements personnels » en communiquant avec nous de la manière indiquée ci-dessous. Dans un tel cas, vous ne vous verrez pas refuser des produits ou services d'assurance pour cette seule raison. Cependant, nous n'utiliserons pas vos renseignements médicaux à ces fins. Nous respecterons vos choix et, comme il est mentionné ci-dessus, nous pourrions communiquer vos choix aux sociétés de RBC dans le seul but de faire respecter vos choix en vertu de la section « Autres utilisations de vos renseignements personnels ».

COLLECTE ET UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Votre droit d'accès à vos renseignements personnels

Vous pouvez, en tout temps, accéder aux renseignements personnels que nous détenons à votre sujet, en vérifier l'exactitude et les faire rectifier au besoin. Ce droit d'accès peut toutefois être restreint comme la loi le permet ou l'exige. Pour accéder à ces renseignements, pour nous poser des questions sur notre politique de protection des renseignements personnels ou pour nous demander de ne pas utiliser ces renseignements aux fins décrites au paragraphe « *Autres utilisations de vos renseignements personnels* », vous pouvez communiquer avec nous en tout temps, à l'adresse suivante :

Compagnie d'assurance vie RBC
Case postale 515, succursale A Mississauga (Ontario)
L5A 4M3
Téléphone : 1 800 663-0417
Télocopieur : 905 813-4816

Nos politiques en matière de confidentialité

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur nos politiques en matière de protection des renseignements personnels en téléphonant au numéro sans frais indiqué ci-dessus ou en consultant notre site Web à l'adresse www.rbc.com/rempserssecurite

FICHE D'INFORMATION À L'INTENTION DU CONSOMMATEUR – PRÉAVIS

Les renseignements relatifs à votre assurabilité et à vos réclamations seront traités de façon confidentielle. La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) ou ses réassureurs peuvent toutefois soumettre un rapport sommaire au MIB, Inc., organisme à but non lucratif chargé d'échanger des renseignements pour les compagnies qui en sont membres. Si vous présentez une demande d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement à une compagnie membre, le MIB fournira à celle-ci, sur demande, les renseignements inscrits au dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez demander à MIB de les rectifier.

Si vous lui en faites la demande, le MIB prendra les dispositions nécessaires pour vous communiquer les renseignements contenus dans votre dossier. Veuillez écrire au MIB par courriel à Canadadislosure@mib.com, en appelant le 1-866-692-6901 ou en écrivant à :

MIB, Inc.,
50 Braintree Hill Park, Suite 400,
Braintree, MA
USA, 02184- 8734
Téléphone : 1-866-692-6901
<http://www.mib.com>

RBC Vie, ou ses réassureurs, peuvent aussi communiquer les renseignements figurant à votre dossier à d'autres compagnies d'assurance auprès desquelles vous pourriez présenter une proposition d'assurance vie ou maladie, ou encore soumettre une demande de règlement

ENTRETIEN SUR LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (EAP)

La possibilité qu'il vous soit demandé de vous prêter à un entretien téléphonique fait partie du processus de sélection des risques. Cet entretien sur les antécédents personnels (EAP) est mené par des spécialistes. L'entretien prendra une vingtaine de minutes. Comme nous souhaitons que cet entretien se fasse à un moment qui vous convient, nous vous demandons dans la proposition votre préférence quant à l'endroit (domicile ou bureau) et au moment où nous pouvons vous joindre

Les questions que pose l'intervieweur portent sur les renseignements figurant sur votre proposition d'assurance. Nous utilisons également le processus de l'EAP pour recueillir des informations qui peuvent avoir été omises ou seulement partiellement expliquées dans la proposition. Ces questions touchent les aspects personnels, financiers et médicaux de l'assurabilité et vous devez y répondre de manière véridique et complète. Les réponses contenues dans l'entretien sur les antécédents personnels ou dans le ou les questionnaires supplémentaires que vous aurez remplis lors d'un entretien téléphonique feront partie de votre proposition d'assurance et du contrat. En raison de la nature des renseignements obtenus, l'EAP personnels n'aura lieu que directement avec vous

Tous les renseignements recueillis au cours de l'entretien sont strictement confidentiels et ne pourront être transmis à quiconque sans votre consentement écrit

Votre collaboration à ce sujet est grandement appréciée et nous aide à vous fournir des services de tarification de qualité.

PARTIE 1: RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET SUR L'EMPLOI
(« Vous » et « votre » s'entendent de la personne à assurer)

PERSONNE À ASSURER A

1. Nom légal de la personne à assurer :
 - a. Nom
 - b. Prénoms
 - c. Date de naissance :
Jour Mois Année
 - d. Lieu de naissance : Pays
 - e. Sexe : H F
 - f. Fumeur Non-Fumeur Catégorie juvénile
Sélectionnez "Catégorie juvénile" si la personne à assurer a moins de 18 ans
 - ▶▶ g. Comprenez-vous le français ou l'anglais ? Oui Non



Si non, veuillez-vous assurer qu'une déclaration d'entente soit signée par la personne à assurer et le(s) titulaire(s) proposant(s) et soumis avec cette proposition

- h. Voulez-vous un contrat en anglais ? Oui Non
- i. Citoyen canadien Résident permanent
Autre (préciser)
- Si autre, résidez-vous au Canada depuis moins de 12 mois ?
Oui Non

2. Adresse du domicile:
 - a. Numéro
 - b. Rue
 - c. CP/PR/RR
 - d. Ville
 - e. Province f. Code postal
 - g. Adresse électronique
 - h. Numéro de téléphone à domicile ()
 - Numéro de téléphone au travail ()
 - Numéro de téléphone cellulaire ()
 - i. Si la personne à assurer a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec), avec qui l'enfant vit-il ?
3.
 - a. Nom de l'entreprise/employeur
 - b. Adresse de l'entreprise/employeur – Bureau n°
 - c. Rue
 - d. Province e. Code postal
 - f. Ville
 - g. Numéro de téléphone ()
 - h. Profession
 - i. Nature de l'entreprise de l'employeur
 - j. Décrivez les tâches
 - k. Depuis combien de temps travaillez-vous pour cet employeur ?

PERSONNE À ASSURER B

4. Nom légal de la personne à assurer :
 - a. Nom
 - b. Prénoms
 - c. Date de naissance :
Jour Mois Année
 - d. Lieu de naissance : Pays
 - e. Sexe : H F
 - f. Fumeur Non-Fumeur
 - ▶▶ g. Comprenez-vous le français ou l'anglais ? Oui Non

- h. Citoyen canadien Résident permanent
Autre (préciser)
- Si autre, résidez-vous au Canada depuis moins de 12 mois ?
Oui Non

5. Adresse du domicile :
▶▶ **Même que celle de la personne à assurer A**

- OU**
- a. Numéro
 - b. Rue
 - c. CP/PR/RR
 - d. Ville
 - e. Province f. Code postal

- g. Adresse électronique
- h. Numéro de téléphone à domicile ()
- Numéro de téléphone au travail ()
- Numéro de téléphone cellulaire ()

6.
 - a. Nom de l'entreprise/employeur
 - b. Adresse de l'entreprise/employeur – Bureau n°
 - c. Rue
 - d. Province e. Code postal
 - f. Ville
 - g. Numéro de téléphone ()
 - h. Profession
 - i. Nature de l'entreprise de l'employeur
 - j. Décrivez les tâches
 - k. Depuis combien de temps travaillez-vous pour cet employeur ?

OBJET PRINCIPAL DE L'ASSURANCE

7. a. Individuelle b. Commerciale
 Remplacement du revenu Protéger un employé clé
 Préservation du patrimoine Financer une convention de rachat
 Autre Autre
 Veuillez préciser Veuillez préciser

ASSURANCE PROPOSÉE - PourVous RBC^{MC}

▶▶ Ce produit n'est pas disponible pour personne à assurer moins de 18 ans



Les contrats sur plus de deux têtes doivent faire l'objet d'une soumission spéciale. S'il y a plus de deux personnes à assurer, veuillez présenter une proposition distincte pour chaque personne à assurer en sus des deux personnes figurant dans la présente proposition et faites des renvois aux propositions

8. Montant d'assurance vie de base : \$

9. Nom du produit et options de l'assurance de base :

	Durée	Assurance sur une tête	Assurance conjointe premier décès
PourVous RBC ^{MC}	(10 to 40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Nom des personnes à assurer au titre de l'assurance vie de base

	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	Garantie en cas de décès accidentel
a	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$
b	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$
c	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$
d	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$
e	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$

11. Avenant d'assurance temporaire 1 :

	Durée	Assurance sur une tête	Assurance conjointe premier décès	Capital assuré \$
PourVous RBC ^{MC}	(10 to 40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom des personnes à assurer au titre de l'avenant d'assurance temporaire

N° de proposition

- a _____
 b _____
 c _____
 d _____

Avenant d'assurance temporaire 2 :

	Durée	Assurance sur une tête	Assurance conjointe premier décès	Capital assuré \$
PourVous RBC ^{MC}	(10 to 40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom des personnes à assurer au titre de l'avenant d'assurance temporaire

N° de proposition

- a _____
 b _____
 c _____
 d _____

12. Exonération des primes de décès et à l'invalidité du payeur : Nom du payeur

Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s) : N° de proposition

13. Avenant d'assurance temporaire pour enfants

▶▶ Veuillez remplir la proposition d'avenant d'assurance temporaire pour enfants aux pages 21 et 22.

Montant d'assurance de chaque enfant assuré \$

ASSURANCE PROPOSÉE - Assurance Croissance RBC^{MC} ou Assurance Croissance Plus RBC^{MC}



Les contrats sur plus de deux têtes doivent PourVous RBC^{MC} faire l'objet d'une soumission spéciale. S'il y a plus de deux personnes à assurer, veuillez présenter une proposition distincte pour chaque personne à assurer en sus des deux personnes figurant dans la présente proposition et faites des renvois aux propositions

14. Assemblée générale annuelle et états financiers annuels :

La Compagnie d'assurance vie RBC (« RBC Vie ») est tenue par la loi d'envoyer au titulaire de police des copies papier de l'avis de notre assemblée générale annuelle des actionnaires et des titulaires de polices (« AGA »), des autres documents produits dans le cadre de notre AGA et de nos états financiers annuels. Pour nous aider à réduire la quantité de documents imprimés que nous produisons, veuillez nous donner votre consentement à recevoir ces documents par voie électronique plutôt que sur support papier. La transmission électronique de ces documents se fera ultérieurement une fois que la fonctionnalité aura été établie. Nous aviserons le titulaire de police par courriel lorsque la fonctionnalité aura été établie afin de lui rappeler le consentement qu'il a donné et de lui donner la possibilité de le révoquer s'il ne souhaite plus recevoir ces documents par voie électronique

- Lorsque ces documents seront accessibles, RBC Vie m'en/nous en avisera par voie électronique, au moyen de l'adresse courriel fournie dans la présente proposition
- Je peux/nous pouvons, en ma/notre qualité de titulaire proposé/titulaires proposés, révoquer ce consentement en tout temps en communiquant avec RBC Vie au 1 800 461-1413
- J'aviserai/nous aviserons RBC Vie, en ma/notre qualité de titulaire proposé/titulaires proposés, de tout changement à mon/notre adresse courriel
- Dans le cas de documents transmis par voie électronique, RBC Vie conservera ces documents pendant une période précisée dans l'avis envoyé par courriel et il est entendu que ces documents pourront être mis à ma/notre disposition
- Il m'incombe/il nous incombe, en ma/notre qualité de titulaire proposé/titulaires proposés, de conserver les copies électroniques de tout document qui m'a/nous a été remis sous forme électronique

Est-ce que vous, le titulaire proposé/les titulaires proposés, convenez de ce qui précède et souhaitez recevoir des copies électroniques des documents préparés par RBC Vie dans le cadre de son AGA (tels que les avis d'assemblée, les circulaires de la direction, les formulaires de procuration et les états financiers annuels), dès que la fonctionnalité permettant ce type de transmission aura été établie ?

Ce dossier comporte environ 50 pages. Nous vous demandons de tenir compte de l'environnement lorsque vous choisissez votre réponse Oui Non

15. Montant d'assurance vie de base : \$

16. Nom du produit et options de l'assurance de base :	Assurance sur une tête	Assurance conjointe premier décès	Assurance conjointe dernière décès
Assurance Croissance RBC ^{MC}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance Croissance Plus RBC ^{MC}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Période de paiement des primes pour l'assurance de base :

(De 18 à 80 years) 10 paiements 20 paiements À vie – Payables jusqu'à 100 ans
 (De 0 à 17 ans) Juvénile 10 paiements Juvénile 20 paiements Juvénile à vie – Payables jusqu'à 100 ans

17. Option de participation (choisissez-en un) :

Bonifications d'assurance libérée Versement en espèces Primes réduites* Participations en dépôt
 Assurance bonifiée Montant d'assurance vie de base _____ + Assurance bonifiée _____ = Couverture totale _____
 ▶▶ *Disponible uniquement si les primes sont payables sur une base annuelle.

18. Option de dépôt :

▶▶ Uniquement disponible si période de paiement des primes est 20 paiements ou à vie – payables jusqu'à 100 ans et l'option de participation est bonifications d'assurance libérée ou assurance bonifiée

Souhaitez-vous effectuer des paiements périodiques au titre de l'option de dépôt ? Oui Non

Si Oui, à quelle fréquence aimeriez-vous faire des paiements prévus au titre de l'option de dépôt ?

(choisissez-en un) :

Mensuellement Annuellement Montant de l'option de dépôt : \$

▶▶ Le montant de l'option de dépôt devrait être le même montant que celui qui est indiqué dans l'exposé.

▶▶ Pour les paiements d'option de dépôt mensuels et annuels, la fréquence des paiements d'option de dépôt prévus doit être la même que la fréquence des paiements de prime de police

19. Nom des personnes à assurer au titre de l'assurance vie de base	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	Garantie en cas de décès accidentel
a	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$
b	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$
c	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$
d	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$
e	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$

20. Avenant d'assurance temporaire 1 :

	Durée	Assurance sur une tête	Assurance conjointe premier décès	Capital assuré \$
PourVous RBC ^{MC} (Ce produit n'est pas disponible pour personne à assurer moins de 18 ans.)	10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom des personnes à assurer au titre de l'avenant d'assurance temporaire

N° de proposition

a	
b	
c	
d	

Avenant d'assurance temporaire 2 :

	Durée	Assurance sur une tête	Assurance conjointe premier décès	Capital assuré \$
PourVous RBC ^{MC} (Ce produit n'est pas disponible pour personne à assurer moins de 18 ans.)	10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom des personnes à assurer au titre de l'avenant d'assurance temporaire

N° de proposition

a	
b	
c	
d	

21. Garantie d'assurabilité : Montant de l'option : \$

▶▶ Disponible uniquement si d'assurance sur une tête est demandée et que personne à assurer est âge de 18 à 45 ans

Pour les assurés de moins 18 ans, une garantie d'assurabilité est ajoutée sans prime additionnelle. Cette garantie ne sera pas ajoutée si la police est établie avec surprime pour risque aggravé. Le montant de l'option de la garantie d'assurabilité est équivalent à cinq fois le montant de la couverture de base jusqu'à concurrence de 250 000 \$. Consulter l'exposé

22. Exonération des primes de décès et à l'invalidité du payeur : Nom du payeur Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s) : N° de proposition 23. Avenant d'assurance temporaire pour enfants

▶▶ Veuillez remplir la proposition d'avenant d'assurance temporaire pour enfants aux pages 21 et 22.

Montant d'assurance de chaque enfant assuré \$

ASSURANCE EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE

Personne à assurer

24. a. Avez-vous une assurance vie en vigueur ou à l'étude, notamment auprès de Vie RBC ? A : Oui Non B : Oui Non 

Si oui, veuillez préciser en dessous. Remplissez les formulaires de remplacement au besoin.

Personne à assurer		Compagnie d'assurance	Montant et type d'assurance (y compris les avenants d'assurance temporaire)		Année d'établissement	L'assurance demandée a-t-elle pour objet de remplacer cette l'assurance ?	
A	B		\$	<input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Entreprise		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	<input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Entreprise		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	<input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Entreprise		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	<input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Entreprise		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	<input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Entreprise		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

b. Avez-vous présenté auprès d'une autre compagnie une demande d'assurance vie, maladies graves ou invalidité en même temps que cette proposition ou au cours des 12 derniers mois ?

Personne à assurer
A : Oui Non
B : Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser. ▶▶

Personne à assurer		Montant demandé	Type de police			Assureur
A	B		\$	<input type="checkbox"/> Vie	<input type="checkbox"/> MG	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

c. Si la personne à assurer a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec), veuillez compléter le tableau ci-dessous :

	Nom	Âge de frère ou sœur	Compagnie d'assurance	Montant d'assurance vie en vigueur	Montant d'assurance vie à l'étude	S'il n'est pas assuré, veuillez expliquer pourquoi
Parent/Tuteur						
Parent/Tuteur						
Frère ou sœur #1						
Frère ou sœur #2						
Frère ou sœur #3						
Frère ou sœur #4						

BÉNÉFICIAIRE

Tous les bénéficiaires sont révocables, sauf au Québec où la désignation du conjoint légal (par mariage ou union civile) du titulaire est irrévocable, sauf s'il est expressément indiqué qu'elle est révocable. Si vous nommez un bénéficiaire irrévocable, vous devez savoir que le consentement du bénéficiaire irrévocable est nécessaire pour modifier la désignation du bénéficiaire et pour effectuer tout changement ayant une incidence sur la valeur de la police. Un mineur ne peut pas donner ce consentement. Dans toutes les provinces, à l'exception du Québec, si le bénéficiaire est un mineur, il faut nommer un fiduciaire afin d'éviter un paiement au tribunal. Remplissez la section Nomination d'un fiduciaire à la page 9. Au Québec, les prestations payables aux mineurs sont versées au(x) parent(s) survivant(s) à titre de tuteur(s)

Si tous les bénéficiaires décèdent avant la personne à assurer, les sommes assurées sont payables au bénéficiaire subsidiaire, s'il y a lieu, sinon au titulaire ou aux ayants droit du titulaire

Assurez-vous que le total des parts des bénéficiaires principaux et subsidiaires est respectivement de 100 %.

25.	Personne à assurer		Nom au complet du bénéficiaire			Révocable ou irrévocable	Lien avec la personne à assurer (au Québec, le titulaire proposé)	Bénéficiaire principal ou subsidiaire	Part (%)
	A	B	(Prénom)	(Second prénom)	(Nom de famille)				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

TITULAIRE(S) PROPOSÉ(S)

26. a. Personne à assurer A Personne à assurer B

Personnes à assurer A et B en tenance conjointe*

Le cas échéant, quel est le lien entre les personnes à assurer A et B ?

Autre (Veuillez remplir la section ci-dessous)

b. Prénom ou dénomination social de l'entreprise

c. Second prénom

d. Nom de famille

e. Lien avec les personnes à assurer A et B

f. Adresse postale (à des fins de facturation et de correspondance)

Numéro et rue

g. CP/PR/RR

h. Ville

i. Province

j. Code postal

k. À l'attention de

l. Adresse électronique

* Dans le cas d'un contrat en tenance conjointe, le droit de survie est implicite, sauf indication contraire. (Au Québec les titulaires doivent se désigner réciproquement titulaires subrogés s'ils désirent le droit de survie.)

COTITULAIRE PROPOSÉ (si la tenance conjointe n'est pas entre les personnes à assurer A et B)

- 27. a. Prénom ou dénomination social de l'entreprise
- b. Second prénom c. Nom de famille
- d. Lien avec les personnes à assurer A et B
- e. Adresse postale (à des fins de facturation et de correspondance) Numéro et rue
- f. CP/PR/RR g. Ville h. Province i. Code postal
- j. À l'attention de k. Adresse électronique
- l. Lien avec l'autre cotitulaire proposé

La tenance conjointe est avec droit de survie, sauf indication contraire. (Au Québec, les titulaires proposés doivent se désigner l'un l'autre titulaire subrogé s'ils désirent bénéficier du droit de survie.)

TITULAIRE SUBROGÉ

- ▶▶ À remplir si le personne à assurer a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec) ou en cas de souscription de l'avenant d'assurance temporaire pour enfants

Si tous les titulaires décèdent avant la personne à assurer, en l'absence de la désignation d'un titulaire subrogé, la propriété de la police est transférée aux ayants droit du dernier titulaire de police décédé

- 28. a. Prénom ou dénomination social de l'entreprise
- b. Second prénom c. Nom de famille
- d. Lien avec les personnes à assurer A et B

DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE

- ▶▶ À remplir si le titulaire proposé désire nommer un fiduciaire comme bénéficiaire et qu'un fiduciaire n'a pas déjà été nommé aux termes d'une convention de fiducie écrite.

Cette nomination s'applique aux prestations payables à tout bénéficiaire désigné en vertu de la police qui, au moment de recevoir les prestations, est mineur ou n'a pas la capacité juridique nécessaire pour donner décharge valide. Tout versement fait au fiduciaire libérera la Compagnie d'assurance vie RBC jusqu'à concurrence du montant versé

J'autorise le fiduciaire, à sa seule discrétion, à employer ces prestations pour l'entretien ou l'instruction du bénéficiaire et à exercer les droits du bénéficiaire en vertu de la police.

La fiducie établie pour tout bénéficiaire prendra fin lorsque ce bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité et aura également la capacité juridique nécessaire pour donner décharge valide, et j'ordonne au fiduciaire de verser à ce moment-là au bénéficiaire l'actif détenu en fiducie pour ce bénéficiaire. Je me réserve le droit, personnellement ou par l'entremise de mon représentant personnel (au Québec : mon tuteur, curateur, liquidateur ou mandataire en cas d'incapacité), de nommer par écrit un nouveau fiduciaire qui remplacera l'ancien.

Je nomme
 Prénom Second prénom Nom de famille

en qualité de fiduciaire, pour recevoir, en fiducie, les prestations payables en vertu de la police.

Lien avec la personne à assurer

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE FINANCIER

- 29. a. Quel est, en dollars canadiens, votre revenu d'emploi annuel ?
- b. Quelle est votre valeur nette approximative en dollars canadiens ?
- c. Quel est le solde du prêt hypothécaire sur votre résidence privée et/ou votre résidence secondaire ?
- d. Si vous n'êtes pas autonome financièrement, quel est le revenu brut annuel familial ?
- e. Quel est votre revenu annuel provenant d'autres sources (en dollars canadiens) ? ...

	Personne à assurer A	Personne à assurer B
a.	\$	\$
b.	\$	\$
c.	\$	\$
d.	\$	\$
e.	\$	\$

▶▶ Décrivez les « autres sources » de revenu

A	B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f. Avez-vous déclaré une faillite personnelle ou d'entreprise au cours des 5 dernières années ? **A :** Oui Non
B : Oui Non

▶▶ Si oui, inscrivez la date de libération et donnez des précisions ci-dessous.

A	B	Date de libération	Détails complets
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B

30. À remplir si une assurance commerciale est demandée :

- a. Valeur comptable de l'entreprise en dollars canadiens
- b. Juste valeur marchande de l'entreprise en dollars canadiens
- c. Bénéfice annuel net avant impôts de l'entreprise en dollars canadiens
- d. Veuillez remplir les champs suivants :

	Personne à assurer A	Personne à assurer B
a.	\$	\$
b.	\$	\$
c.	\$	\$

Nom des propriétaires d'entreprise	% de participation dans l'entreprise	Montant d'assurance vie en vigueur ou à l'étude	Compagnie d'assurance

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

31. Examen paramédical demandé pour la personne à assurer A ? Oui Non



Dans l'affirmative, il n'est pas nécessaire de remplir à la question #33 et aux pages 12 et 14 à 18 pour la personne à assurer A

32. Examen paramédical demandé pour la personne à assurer B ? Oui Non



Dans l'affirmative, il n'est pas nécessaire de remplir à la question #33 et aux pages 13 à 18 pour la personne à assurer B

33. a. Avez-vous touché au cours des 12 derniers mois des prestations de l'assurance emploi, des prestations d'invalidité, des prestations d'une commission des accidents du travail, des prestations d'invalidité du RPC ou du RRQ, des prestations de substitution du revenu, congé de maternité/parental, ou toute autre forme d'aide sociale ? **A :** Oui Non
B : Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez préciser.

A	B	Date de début	Date de fin	Assurance-emploi	Invali-dité	Acci-dents du travail	Autre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Décrire <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Décrire <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Décrire <input type="text"/>

b. Avez-vous effectué un vol à titre d'élève-pilote ou piloté un avion, un ultraléger ou un deltaplane au cours des 24 derniers mois, ou avez-vous l'intention de le faire à l'avenir ? **A :** Oui Non
B : Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez remplir le questionnaire relatif à l'aviation.

- c. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique ou comptez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois ? **Personne à assurer**
A : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez fournir des précisions.

A	B	Dates	Pays/villes	Durée des séjours	Motif de voyage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

- d. Au cours des deux dernières années, avez-vous participé à des activités ou des sports dangereux, notamment les courses d'engins motorisés, la plongée sous-marine à une profondeur de plus de 30 m (100 pi), le parachutisme, le ski héliporté ou le ski hors-piste, ou envisagez-vous de le faire ? **Personne à assurer**
A : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez préciser.

A	B	Sport ou type d'activité dangereux	Dates, fréquence, professionnel/amateur, récréatif/commercial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- e. Vous êtes-vous déjà fait refuser une assurance vie, invalidité ou maladies graves ou est-il déjà arrivé qu'une telle assurance fasse l'objet d'une surprime, soit modifiée, ou rescindée ou que son renouvellement ou sa remise en vigueur vous ait été refusé ? **Personne à assurer**
A : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez préciser.

A	B	Indiquez le type d'assurance	Avec surprime	Modifiée	Refusée	Rescindée	Renouvellement ou remise en vigueur refusés	Assureur	Raison
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- f. Avez-vous été reconnu responsable d'un acte criminel au cours des 10 dernières années ou êtes-vous actuellement accusé d'une infraction de ce genre ? **Personne à assurer**
A : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez préciser.

A	B	Date de l'incident	Précisions, y compris le résultat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- g. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été condamné pour des infractions au code de la route, y compris la conduite avec facultés affaiblies, ou votre permis de conduire a-t-il été annulé, suspendu ou êtes-vous actuellement accusé d'une infraction de ce genre ? **Personne à assurer**
A : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez fournir le numéro de votre permis de conduire et donner des précisions ci-dessous, y compris les dates, le type d'infraction, le nombre de km/h en sus de la limite.

A	B	Numéro du permis de conduire	Détails, dates, type(s) d'infraction, km/h en sus de la limite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

PARTIE 2: RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX : PERSONNE À ASSURER A

(« Vous » et « votre » s'entendent de la personne à assurer)

Quand vous répondrez à ces questions, veuillez NE PAS FOURNIR d'information au sujet d'examen génétiques que vous avez faits ou que vous planifiez faire. Un examen génétique est une sorte d'examen médical qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes. Veuillez fournir l'information au sujet de tous les autres examens médicaux

Si un mineur est la personne à assurer, le parent ou le tuteur de mineur doit fournir les renseignements médicaux sur le mineur et être pleinement informé de la santé du mineur, et également signer la proposition

Nom légal de la personne à assurer

1. Taille actuelle cm pi/po Poids actuel kg lb

2. Avez-vous perdu 5kg/10lb ou plus au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

▶▶ Si Oui

Raison	Poids perdu
	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb

3. Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale, faites-vous l'objet d'une investigation médicale ou suivez-vous un traitement, une thérapie ou des séances de counselling, ou **prenez-vous des médicaments** ? Oui Non

Détails

Nom du médicament	Dose	Fréquence	Début de la prise de médicament

4. Avez-vous eu des symptômes ou des problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement ? Oui Non

Détails

5. Qui est votre médecin de famille ou votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituels ? (S'il n'y en a pas, inscrivez « Aucun ».)

Indiquez l'adresse complète et le numéro de téléphone.

6. Indiquez le nom du fournisseur de soins de santé qui détient votre plus récent dossier médical, s'il est différent de votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituel.

7. Indiquez la date et la raison pour laquelle vous avez consulté la dernière fois un médecin ou fournisseur de soins de santé, quel qu'il soit. Veuillez indiquer le nom du fournisseur et décrire les résultats.

8. Vous a-t-on recommandé un suivi ou des investigations supplémentaires, ou avez-vous été adressé à un autre professionnel de santé ? Oui Non

Détails



Les précisions comprennent les symptômes, la date de début de l'affection, le diagnostic, le traitement, la date de rétablissement complet et le nom du fournisseur de soins de santé

PARTIE 2: RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX : PERSONNE À ASSURER B

(« Vous » et « votre » s'entendent de la personne à assurer)

Quand vous répondez à ces questions, veuillez NE PAS FOURNIR d'information au sujet d'examens génétiques que vous avez faits ou que vous planifiez faire. Un examen génétique est une sorte d'examen médical qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes. Veuillez fournir l'information au sujet de tous les autres examens médicaux

Si un mineur est la personne à assurer, le parent ou le tuteur de mineur doit fournir les renseignements médicaux sur le mineur et être pleinement informé de la santé du mineur, et également signer la proposition

Nom légal de la personne à assurer

9. Taille actuelle cm pi/po Poids actuel kg lb

10. Avez-vous perdu 5kg/10lb ou plus au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

▶▶ Si Oui

Raison	Poids perdu
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb

11. Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale, faites-vous l'objet d'une investigation médicale ou suivez-vous un traitement, une thérapie ou des séances de counselling, ou **prenez-vous des médicaments** ? Oui Non

Détails

Nom du médicament	Dose	Fréquence	Début de la prise de médicament
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. Avez-vous eu des symptômes ou des problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement ? Oui Non

Détails

13. Qui est votre médecin de famille ou votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituels ? (S'il n'y en a pas, inscrivez « Aucun ».)

Indiquez l'adresse complète et le numéro de téléphone.

14. Indiquez le nom du fournisseur de soins de santé qui détient votre plus récent dossier médical, s'il est différent de votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituel.

15. Indiquez la date et la raison pour laquelle vous avez consulté la dernière fois un médecin ou un fournisseur de soins de santé, quel qu'il soit. Veuillez indiquer le nom du fournisseur et décrire les résultats.

16. Vous a-t-on recommandé un suivi ou des investigations supplémentaires, ou avez-vous été adressé à un autre professionnel de santé ? Oui Non

Détails



Les précisions comprennent les symptômes, la date de début de l'affection, le diagnostic, le traitement, la date de rétablissement complet et le nom du fournisseur de soins de santé

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX – PERSONNES À ASSURER A ET B

17. **Au cours des 24 derniers mois**, avez-vous fait usage de cigarettes, de cigarettes électroniques, de produits de vapotage, de cigares, de pipes à eau, de noix de bétel, de produits de désaccoutumance au tabac ou de nicotine ou de tabac sous une forme quelconque ? **A** : Oui Non
B : Oui Non

A	B	Précisions (cigares, cigarettes, vapotage, etc.)	La quantité et la fréquence d'utilisation	Date de la dernière utilisation	Précisions sur le produit de désaccoutumance au tabac (type, date de début/fin)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

18. Avez-vous fait usage de la marijuana et/ou le haschisch **au cours des cinq dernières années** ? **A** : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ **Si oui, veuillez indiquer le type, la quantité et la fréquence de consommation, ainsi que la date de la dernière consommation.**

A :
B :

19. Consommez-vous des boissons alcoolisées ? **A** : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ **Si oui, veuillez préciser.**

	Quantité		Jour	Semaine	Mois	Année
Personne à assurer A :	Bière	cannettes/bouteilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vin	verres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spiritueux	ml/oz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quantité		Jour	Semaine	Mois	Année
Personne à assurer B :	Bière	cannettes/bouteilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vin	verres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spiritueux	ml/oz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Avez-vous déjà sollicité ou reçu des conseils ou des soins relativement à votre consommation d'alcool, ou consommé abusivement de l'alcool ? **A** : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ **Si oui, veuillez compléter le Questionnaire sur la consommation d'alcool.**

21. Avez-vous déjà fait usage de cocaïne, des barbituriques, du crack ou d'autres stupéfiants, ou avez-vous déjà sollicité ou reçu des conseils ou des soins relativement à l'usage de drogues, sur ordonnance ou non ? .. **A** : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ **Si oui, veuillez indiquer le type, la quantité et la fréquence de consommation, ainsi que la date de la dernière consommation.**

A :
B :



Les précisions comprennent les symptômes, la date de début de l'affection, le diagnostic, le traitement, la date de rétablissement complet et le nom du fournisseur de soins de santé

Avez-vous déjà eu des signes que vous étiez atteint de ce qui suit ou été traité pour ce qui suit :

22. a. Syndrome d'immunodéficience acquise, syndrome apparenté au SIDA, maladies liées au SIDA ; ou avez-vous déjà eu des résultats positifs à un test de dépistage des anticorps du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ? **A** : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- b. Maladie ou affection des yeux, des oreilles, du nez, ou de la gorge (y compris la perte de l'usage de la parole) ? **A** : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- c. Apnée du sommeil, insomnie chronique ou autre trouble du sommeil ? **A** : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- d. Douleurs thoraciques, crise cardiaque, angine de poitrine, ECG anormal, pouls irrégulier, souffle au cœur, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, maladie vasculaire périphérique ou autre trouble ou maladie du cœur ou du système circulatoire ? **A** : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- e. Accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), maux de tête, déficience cognitive, trouble de la mémoire, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, maladie du motoneurone, maladie de Huntington, évanouissements, étourdissements, convulsions, épilepsie, paralysie, sclérose en plaques, faiblesse musculaire, engourdissement ou fourmillement dans les membres ou affection cérébrale ou nerveuse ? **A** : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- f. Présence de protéine, d'albumine, de sang, ou de sucre dans les urines, résultats anormaux à un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS), calculs rénaux, ou toute maladie ou tout trouble des reins, des voies urinaires, de la vessie, de la prostate ou des organes reproducteurs ? **A** : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- g. Angoisse, dépression, nervosité, stress, fatigue, épuisement professionnel, trouble de l'alimentation, autre trouble émotionnel, psychiatrique ou mental, psychose ; ou avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? **A** : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :



Les précisions comprennent les symptômes, la date de début de l'affection, le diagnostic, le traitement, la date de rétablissement complet et le nom du fournisseur de soins de santé

Avez-vous déjà eu des indices ou suivi un traitement touchant les affections suivantes :

- h. Fatigue chronique, syndrome de fatigue chronique, virus d'Epstein-Barr, fibromyalgie ou douleurs chroniques ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- i. Cancer, nævus dysplasique, tumeur, kyste, masse, lésion, bosse, nodule, polype ou autre excroissance, tout trouble de la peau ou des glandes lymphatiques, troubles du sang ou autre forme d'affection maligne ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- j. Diabète, autre trouble endocrinien, glycémie élevée, affection thyroïdienne, rhumatisme, fièvre rhumatismale, lupus, goutte ou syphilis ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- k. Affection des seins, y compris bosses, kystes ou autres masses, autre changement physique, clichés mammaires anormaux ou biopsie ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- l. Perte d'un membre ou difformité, hernie ou rupture, thrombose veineuse profonde, ou varices ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- m. Arthrite, maladie ou trouble des muscles, des os, de la hanche, de la cheville, du genou, du poignet, du coude, de l'épaule, des mains, des pieds ou de toute autre articulation ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- n. Troubles du dos, de la colonne vertébrale (y compris la région du cou) ou des disques, y compris tours de reins, entorses ou autres affections ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :



Les précisions comprennent les symptômes, la date de début de l'affection, le diagnostic, le traitement, la date de rétablissement complet et le nom du fournisseur de soins de santé

Avez-vous déjà eu des indices ou suivi un traitement touchant les affections suivantes :

- o. Toute forme d'essoufflement, toux chronique, d'asthme, d'emphysème, de bronchite, de pleurésie, de tuberculose ou toute autre affection de la poitrine ou des poumons ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- p. Toute forme d'ulcère gastro-duodéal, d'indigestion, de colite, ou toute autre affection de l'estomac, du côlon ou des intestins, de la vésicule biliaire, du foie, du pancréas, ou avez-vous obtenu des résultats positifs à un test de dépistage de l'hépatite ou été informé que vous étiez porteur de la maladie ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

Exception faite des renseignements fournis aux questions 1 à 22 de la Partie 2, au cours des 10 dernières années, avez vous :

23. a. consulté un médecin, chiropraticien, psychologue, physiothérapeute, ostéopathe, homéopathe ou autre praticien de la santé, ou été examiné par l'un d'eux ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- b. été en observation, traité dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement, ou vous a-t-on conseillé d'y être admis ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- c. vous a-t-on fait passer des radiographies, un ECG, un tomodensitogramme, une IRM, des analyses de sang ou d'urine, un test démontrant un niveau anormal d'APS (antigènes prostatiques spécifiques) ou d'autres épreuves diagnostiques ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- d. Avez-vous subi une intervention chirurgicale, suivi un traitement ou un régime particulier, souffert de maladie, affection, anomalie ou blessures ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- e. été avisé de subir une épreuve diagnostique, d'être hospitalisé ou de subir une intervention chirurgicale, sans y donner suite ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :



Les précisions comprennent les symptômes, la date de début de l'affection, le diagnostic, le traitement, la date de rétablissement complet et le nom du fournisseur de soins de santé

24. L'un de vos parents naturels ou de vos frères ou sœurs, vivants ou décédés, a-t-il déjà souffert de l'une des maladies suivantes : maladie du cœur, maladie polykystique des reins, hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, diabète, cancer, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, chorée de Huntington, maladie de Parkinson, maladie du motoneurone ou quelque forme de maladie héréditaire ? ... **A :** Oui Non
B : Oui Non

►► Dans l'affirmative, remplissez le tableau ci-dessous.

A	B	Affection	Mère	Âge au début	Père	Âge au début	Sœur	Âge au début	Frère	Âge au début
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Proposantes seulement

25. Êtes-vous actuellement enceinte ? **A :** Oui Non
B : Oui Non

Si oui,

- a. Quelle est la date prévue de l'accouchement ?

►► Indiquez la date prévue de l'accouchement.

A :
B :

- b. Avez-vous eu des complications avec cette grossesse ou une grossesse antérieure ? **A :** Oui Non
B : Oui Non

►► Si oui, indiquez les détails.

A :
B :

Au besoin, veuillez fournir ci-dessous des précisions supplémentaires relativement à toute question de la Partie 2 à laquelle vous avez répondu par l'affirmative.

Numéro de la question	Affections, symptômes, diagnostic et traitement	Date de début	Nom du fournisseur de soins de santé	Date de rétablissement

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement

PARTIE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR LA PRIME ET LE MODE DE PAIEMENT

1. a. Fréquence de paiement : Mensuel Annuel

▶▶ Le fréquence de paiement doit être annuel si l'option de participation « primes réduites » est choisie pour Assurance Croissance RBC^{MC} ou Assurance Croissance Plus RBC^{MC}.

b. Plan de débits préautorisés (DPA) (Remplir l'accord de DPA ci-dessous) OU Facturation directe

c. Acompte versé ? Oui Non (Paiement à la délivrance de la police)



Si un acompte est versé, la Quittance et Note de couverture est remise en contrepartie (p. 24). Veuillez noter que l'acompte comprend les paiements d'option de dépôt.

d. Acquitter la prime de la note de couverture de l'assurance vie par DPA ? Oui Non

e. La prime de la note de couverture pour l'assurance vie a-t-elle été perçue ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le montant perçu : \$

f. Si la note de couverture pour l'assurance vie n'a pas été demandée, la prime initiale sera-t-elle réglée par DPA ? Oui Non

2. ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Veuillez lire avec attention la section intitulée « Collecte et utilisation des renseignements personnels »

Le ou les payeurs nommés ci-après conviennent de ce qui suit :

- Ils autorisent la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) à effectuer des prélèvements mensuels périodiques sur le compte bancaire qu'ils détiennent à l'institution financière nommée ci-dessous, ou à toute autre institution financière qu'ils pourraient désigner ultérieurement, pour acquitter les primes conformément au calendrier de versement des primes de leur(s) police(s), y compris la prime initiale ou la prime applicable à la note de couverture, si cette note est demandée dans la présente proposition
- RBC Vie est dispensée de leur adresser un préavis avant de prélever la prime de la note de couverture ou la prime initiale, ou en cas de changement du montant du prélèvement.**
- À moins d'indication contraire dans la section Directives spéciales ci-dessous, les prélèvements auront lieu le jour du mois auquel la prime de la police est exigible ou, si cet accord s'applique à plus d'une police, les prélèvements seront alors effectués à la date de prélèvement de la ou des polices en vigueur
- L'institution financière nommée ci-dessous est par la présente autorisée à honorer à partir de maintenant les demandes de prélèvement des primes ou des frais de police présentées par RBC Vie sur le compte bancaire indiqué ci-dessous, y compris la présentation de nouveau d'une demande de prélèvement dans les 30 jours suivant la non-acceptation du prélèvement initial
- Ils s'engagent à informer par écrit RBC Vie de tout changement aux renseignements sur le compte indiqués ci-dessous au moins 5 jours avant le prochain prélèvement prévu. Ils conviennent qu'à l'occasion, ils peuvent autoriser RBC Vie à effectuer ces prélèvements sur un autre compte, suivant leurs instructions verbales ou écrites
- Ils peuvent, tout comme RBC Vie, mettre fin à cet accord, sous réserve d'un préavis de résiliation par écrit d'au moins 10 jours et ce, pour toutes les polices visées par l'accord. Ils peuvent obtenir de l'information supplémentaire sur leurs droits concernant la résiliation de l'accord de DPA en consultant le site de Paiements Canada à l'adresse www.paiements.ca
- En cas de contestation d'un DPA, ils conviennent d'en informer RBC Vie. En cas de recours, ce DPA est considéré s'appliquer à un compte personnel.

Le ou les payeurs ont certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, le ou les payeurs ont le droit de recevoir un remboursement pour tout DPA non autorisé ou non conforme au présent accord. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur leurs droits de recours, ils peuvent communiquer avec leur institution financière ou consulter le site www.paiements.ca

h. Les noms et signatures de toutes les personnes dont l'autorisation est requise pour effectuer les prélèvements sur le compte sont fournis ci-dessous

i. À ajouter au DPA déjà en vigueur de la ou des polices numéros

j. Directives spéciales (les prélèvements ne peuvent avoir lieu que du 1^{er} au 28 du mois)

Coordonnées bancaires : Veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « Nul » (le prélèvement sur un compte de marge de crédit n'est pas autorisé).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nom de la banque ou de l'institution financière

Numéro de succursale

Numéro de banque

Numéro de compte

Adresse

Ville

Province

Code postal

Signé à

Ville/Province

le jour

de

Mois/Année

Nom du payeur (titulaire du compte)

Nom du deuxième payeur (titulaire du compte) (s'il y a lieu)

Signature du payeur

Signature du deuxième payeur (s'il y a lieu)

PROPOSITION D'ASSURANCE – AVENANT D'ASSURANCE TEMPORAIRE POUR ENFANTS



Doit être un enfant naturel ou un enfant adopté de l'assuré désigné dans la proposition d'assurance vie
 Un titulaire subrogé doit être désigné dans la proposition principale (voir la question 28 à la page 9)
 Les enfants doivent avoir entre 14 jours et 20 ans
 Les enfants de 16 ans ou plus, ou de 18 ans ou plus au Québec, doivent signer la proposition
 Le bénéficiaire de cette assurance est la personne à assurer ou les personnes à assurer conjointement, aux termes de la police.

Nom des enfants

a. Prénom Second prénom Nom de famille
 Fille Garçon Date de naissance (jj/mm/aa)
 Taille cm pi/po Poids kg lb Lien avec la (les) personne(s) à assurer
 Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s)

b. Prénom Second prénom Nom de famille
 Fille Garçon Date de naissance (jj/mm/aa)
 Taille cm pi/po Poids kg lb Lien avec la (les) personne(s) à assurer
 Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s)

c. Prénom Second prénom Nom de famille
 Fille Garçon Date de naissance (jj/mm/aa)
 Taille cm pi/po Poids kg lb Lien avec la (les) personne(s) à assurer
 Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s)

Reinseignements médicaux des enfants

OUI NON

- Une proposition d'assurance sur un enfant a-t-elle déjà été refusée, reportée ou modifiée de quelque façon que ce soit ?
- L'un des enfants est-il atteint d'un handicap physique ou mental ou a-t-il déjà été atteint d'une maladie ou subi une blessure ayant nécessité un traitement ou une opération ?
- L'un des enfants prend-il actuellement des médicaments ou lui a-t-on recommandé de suivre un traitement ou de passer une épreuve diagnostique sans y donner suite ?
- Les enfants surnommés habitent-ils tous avec la personne à assurer ?
 Dans la négative, indiquez avec qui ils habitent et la fréquence des visites de la personne à assurer avec l'enfant
- Veuillez fournir la date, la raison et les résultats de la dernière visite de l'enfant chez un professionnel de santé. Indiquez dans l'espace ci-dessous le nom au complet du professionnel de santé, son titre professionnel, son adresse (y compris le code postal) et son numéro de téléphone

Enfant	N° de la question	Précisions

CONVENTION ET AUTORISATION – AVENANT D'ASSURANCE TEMPORAIRE POUR ENFANTS

J'atteste qu'à ma connaissance, les réponses aux questions sont exactes, complètes et véridiques et je conviens qu'elles font partie de ma proposition d'assurance vie auprès de la Compagnie d'assurance vie RBC

J'autorise la Compagnie (Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs) à mener les enquêtes nécessaires et à recueillir des renseignements personnels me concernant et / ou mon enfant (désigné dans la proposition d'avenant d'assurance temporaire pour enfants jointe aux présentes). Il est entendu que la Compagnie établira et tiendra à jour des dossiers contenant des renseignements personnels qui me concernent et / ou qui concernent mon enfant. Il est entendu également que l'accès à mes renseignements personnels et / ou à ceux de mon enfant sera limité aux employés de la Compagnie, et aux autres personnes embauchées par la Compagnie, dans l'exercice de leurs fonctions, ou aux personnes à qui j'en aurai permis l'accès, par écrit, ou à toute autre personne autorisée par la loi. En outre, il est entendu que, sauf lorsque la Compagnie peut limiter mon accès aux renseignements personnels me concernant et / ou concernant mon enfant, et qu'elle le fait légalement, je serai autorisé à examiner les copies des documents contenant lesdits renseignements personnels que la Compagnie a en sa possession, sous réserve du paiement de frais de reproduction raisonnables. Il est entendu également que je serai autorisé(e) à demander de consulter ces documents et à y signaler toute erreur, et à demander à la Compagnie de les rectifier en lui faisant parvenir, par la poste, une demande écrite. J'autorise les personnes, les institutions et les organismes énumérés ci-dessous à divulguer et à fournir à la Compagnie tout renseignement, dossier ou autres données me concernant et / ou concernant mon enfant, concernant mes antécédents ou traitements médicaux et / ou ceux de mon enfant, et concernant mon revenu et mes emplois passés et actuels et / ou ceux de mon enfant, qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité et leur demande de le faire

Personnes à qui la présente autorisation s'applique : Tout médecin autorisé, infirmier, conseiller, psychologue, travailleur social, thérapeute, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de réadaptation ou de santé ; tout hôpital, toute clinique ou pharmacie, ou tout autre établissement médical ou fournisseur de soins de santé ou de traitements ; le régime d'assurance-maladie provincial, toute compagnie d'assurance ou de réassurance ou toute autre institution financière ; mon employeur et / ou celui de mon enfant ou mes anciens employeurs et / ou ceux de mon enfant et tout ministère ou organisme fédéral ou provincial, y compris les autorités fiscales fédérales et provinciales et les bureaux du ministère du Transport provincial ; le MIB, Inc. ; ainsi que toute autre personne, agence, agence d'évaluation du crédit ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant et / ou concernant mon enfant. Cette autorisation visant à obtenir des renseignements reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Si je décide de révoquer la présente autorisation d'obtenir des renseignements, la compagnie pourrait mettre fin au processus de tarification et / ou résilier la police, si une police a été établie

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçus par la Compagnie en vertu de la présente autorisation, qu'il s'agisse de renseignements médicaux ou non, sera utilisé aux fins de l'évaluation du risque à assurer, de l'évaluation des demandes de règlement, de la vérification de la validité de la police telle qu'elle a été établie ainsi que de l'établissement et de la livraison de la police. Dans la mesure raisonnable et nécessaire à ces fins, j'autorise la Compagnie à communiquer lesdits renseignements, dossiers ou données reçus au MIB, Inc., à d'autres compagnies d'assurance ou à tout autre réassureur ainsi qu'à mon représentant de service, notamment mon conseiller ou courtier en assurance. Cette autorisation de communiquer des renseignements dans la mesure raisonnable et nécessaire reste valide à moins que je ne la révoque par écrit

J'autorise la Compagnie à communiquer à mon représentant de service tout renseignement important concernant mes antécédents médicaux et personnels et / ou ceux de mon enfant uniquement dans le but d'expliquer toute décision se rapportant à la tarification. Les renseignements ainsi communiqués pourraient comprendre des antécédents de maladie mentale, de maladie infectieuse, de consommation de drogue et d'alcool, des dossiers relatifs à une activité criminelle ou tout autre fait qui aurait une incidence importante sur la décision de la Compagnie de m'assurer et / ou d'assurer mon enfant. La présente autorisation de divulgation des renseignements à cette fin reste valide pendant 60 jours à partir de la plus éloignée des dates suivantes : la date à laquelle la Compagnie établit une nouvelle police ou modifie une police existante et la date à laquelle la Compagnie m'avise par écrit que ma demande a été refusée, retirée ou jugée comme incomplète

Je n'accepte pas la divulgation des renseignements médicaux et personnels au représentant de service :

J'autorise également la Compagnie à divulguer à mon professionnel de la santé et / ou à celui de mon enfant, tout renseignement d'ordre médical recueilli pour cette proposition d'assurance, y compris les résultats de test sanguin, d'analyse d'urines ou des tests de dépistage de drogue dans l'urine en vue de lui révéler toute constatation médicale pouvant nécessiter une investigation ou un traitement plus poussé ou en vue de lui expliquer toute décision de tarification. La présente autorisation de divulgation des renseignements médicaux reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, a la même valeur que l'original. Toute modification de la présente autorisation la rendra nulle et non avenue.

Signé à le jour de Année
Ville/Province Mois

Signature des parents/tuteurs*

Signature des parents/tuteurs*

Signature de tout enfant de 16 ans ou plus (18 ans ou plus au Québec)

Signature de tout enfant de 16 ans ou plus (18 ans ou plus au Québec)

*Au Québec, s'il y a plus d'un tuteur, tous les tuteurs doivent signer, à moins qu'un des tuteurs n'ait obtenu une procuration l'autorisant à agir unilatéralement au nom de l'enfant.

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement

NOTE DE COUVERTURE

En cas de réponse affirmative à l'une des questions suivantes, ou a été laissée en blanc et/ou si l'une quelconque des personnes à assurer a moins de 15 jours ou plus de 65 ans, la personne à assurer n'est pas admissible à la note de couverture. Dans ce cas, il ne faut pas établir de note de couverture.

Quand vous répondrez à ces questions, veuillez **NE PAS** faire référence au sujet d'examens génétiques que vous avez faits ou que vous planifiez faire. Un examen génétique est une sorte d'examen médical qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes.

La personne à assurer :	Personne à assurer A		Personne à assurer B	
	OUI	NON	OUI	NON
1. a-t-elle été traitée pour un trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins, crise cardiaque, hypertension artérielle, douleur thoracique, ECG (électrocardiogramme) anormal, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, diabète, maladie chronique des reins, du foie ou pulmonaire, cancer ou tumeur, sclérose en plaques, paralysie, maladie du motoneurone, maladie d'Alzheimer, maladie de Huntington, maladie de Parkinson, SIDA, syndrome apparenté du SIDA ou infection au VIH, perte de la parole, cécité ou surdité ou en a-t-elle déjà présenté les signes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. au cours de la dernière année, a-t-elle été admise dans un centre hospitalier ou autre établissement médical (autrement que pour un accouchement normal) ou lui a-t-on conseillé de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. s'est-elle fait conseiller de passer des tests, examens ou de subir une intervention chirurgicale sans y avoir encore donné suite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. au cours des 12 derniers mois, s'est-elle vu refuser une assurance vie, la modification ou remise en vigueur d'une assurance vie, ou une telle assurance a-t-elle été établie autrement qu'aux taux standard ou été modifiée de quelque manière que ce soit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'une des personnes à assurer :				
5. a-t-elle des symptômes pour lesquels elle n'a pas encore cherché à suivre un traitement, pour lesquels un traitement est prévu ou pour lesquels elle est en attente d'un traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reçu de la note de couverture applicable à l'assurance vie (seulement si le proposant en fait la demande)

La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) accuse réception de la somme de \$, au moins l'équivalent d'une prime mensuelle (1/12 de la prime annuelle si la prime est acquittée annuellement) aux taux ordinaires de la police d'assurance demandée au titre de la présente note de couverture applicable à l'assurance vie (assurance vie provisoire) ; ou encore RBC Vie a reçu l'autorisation dans cette proposition d'assurance vie (la « proposition d'assurance vie ») de prélever cette somme immédiatement par débit préautorisé en paiement de la prime d'assurance sur la tête de

Personne(s) à assurer

Signé à (Ville/Province) le (Jour) de (Mois/Année)

Signature du conseiller

La note de couverture, la proposition d'assurance et le paiement par chèque (s'il y a lieu) doivent tous porter la même date, faute de quoi la note de couverture sera nulle et sans effet

Note de couverture applicable à l'assurance vie (assurance vie provisoire)

La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) accepte d'assurer la personne à assurer désignée dans le reçu de la note de couverture applicable à l'assurance vie (appelée « personne à assurer » dans la présente note de couverture), sous réserve des conditions ci-dessous

Assurance

L'assurance vie provisoire entre en vigueur dès la signature de la proposition d'assurance vie et de la demande de note de couverture applicable à l'assurance vie (assurance vie provisoire) et la réception du paiement demandé aux termes de la note de couverture applicable à l'assurance vie

Dans l'éventualité du décès de la personne à assurer (s'il y a plus d'une personne à assurer, au premier ou au dernier décès, selon la proposition d'assurance vie) pendant que la présente assurance vie provisoire est en vigueur, RBC Vie versera au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans la proposition d'assurance vie, sous réserve d'un maximum de 1 000 000 \$ au titre de la présente assurance vie provisoire et de toute autre assurance vie provisoire établie par RBC Vie sur la tête de la personne à assurer, la MOINDRE des sommes ci-dessous :

- a) le montant d'assurance vie demandé dans la proposition, OU
- b) 1 000 000 \$

Si le montant total d'assurance vie demandé sur la tête de la personne à assurer dans la proposition d'assurance vie est supérieur au maximum payable au titre de l'assurance vie provisoire ou si le paiement au titre d'option de dépôt accompagne la proposition d'assurance vie, et que le décès de la personne à assurer survient pendant qu'elle est assurée au titre de l'assurance vie provisoire, RBC Vie remboursera la partie du paiement effectué pour le montant d'assurance en excédent du maximum payable au titre de l'assurance vie provisoire et tout paiement au titre de l'option de dépôt qui accompagnait la proposition d'assurance vie.

Fin de la note de couverture applicable à l'assurance vie

L'assurance au titre de la note de couverture (assurance vie) prend fin à la première des éventualités suivantes :

- a) 90 jours après la date de signature de la proposition ; OU
- b) la date à laquelle RBC Vie envoie par la poste l'avis de résiliation de l'assurance prévue par la note de couverture ; OU
- c) la date d'entrée en vigueur de la police établie par RBC Vie par suite de la proposition ; OU
- d) la date à laquelle le ou les titulaires proposés refusent la délivrance de la police établie par suite de la proposition, ou refusent la police pour quelque motif ; OU
- e) la date à laquelle le ou les titulaires proposés demandent à RBC Vie de résilier la note de couverture ou retirent la proposition ; OU
- f) le jour du décès de la personne à assurer (s'il y a plus d'une personne à assurer, au premier ou au dernier décès, selon la proposition d'assurance vie)

Sauf en cas de fraude, le paiement reçu par RBC Vie est remboursé si l'assurance prend fin conformément aux dispositions des paragraphes a), b), d) ou e)

Restrictions et exclusions

- a) En cas de fausse déclaration ou d'omission de faits importants dans l'une des parties de la proposition d'assurance, de la note de couverture, d'un supplément ou d'un questionnaire à la proposition lors d'un examen paramédical ou médical, aucune assurance vie provisoire n'entre en vigueur et RBC Vie doit, sauf en cas de fraude, rembourser le paiement reçu au titre de la note de couverture
- b) RBC Vie n'a aucune obligation contractuelle si la personne à assurer décède par suite d'un suicide; par contre, RBC Vie doit rembourser la prime qu'elle a reçue au titre de la note de couverture
- c) Aucune assurance décès accidentel, invalidité/remplacement du revenu, maladies graves, avenant d'assurance temporaire pour enfants, remboursement/exonération des primes ou assurance libérée souscrite au moyen des dépôts supplémentaires n'est fournie au titre de la note de couverture
- d) L'assurance vie provisoire n'entre pas en vigueur si le proposant n'a pas répondu à l'une des questions dans la demande de note de couverture ou a fourni une réponse affirmative à l'une de ces questions ou n'a pas signé la proposition d'assurance vie ou la demande de note de couverture applicable à l'assurance vie, ou si la personne à assurer est âgée de moins de 15 jours ou est âgée de plus de 65 ans, ou si le paiement effectué pour l'assurance vie provisoire n'est pas honoré sur présentation et/ou si la demande de note de couverture applicable à l'assurance vie, la proposition d'assurance vie et le chèque (s'il y a lieu) ne portent pas tous la même date
- e) La note de couverture applicable à l'assurance vie n'est pas offerte si la proposition d'assurance vie est présentée au titre de la disposition de transformation d'une police en vigueur ou de l'option de transformation au titre d'un avenant d'une police en vigueur

CONVENTION

Dans cette Convention, la Compagnie d'assurance RBC Vie est appelée la « Compagnie », toute police émise à la suite de cette proposition est appelée la « Police », et le Titulaire proposé et la Personne à assurer, si différente du Titulaire proposé, sont chacun appelés « je/j' », « me/m' » et « ma/mon/mes »

Il est entendu et convenu que:

- 1 J'ai lu les déclarations et les réponses données dans la présente proposition et dans tout supplément ou questionnaire fourni à l'appui de cette demande. Elles sont véridiques, complètes, et correctement déclarées. Pour obtenir des preuves d'assurabilité supplémentaires, la Compagnie pourra commander un paramédical ou examen médical ou une entrevue téléphonique. Pendant l'examen ou l'entrevue, je répondrai à toute question honnêtement et en fournissant des réponses complètes. Je suis responsable de vérifier l'exactitude et l'exhaustivité des renseignements fournis dans cette proposition, tout supplément ou questionnaire, tout paramédical ou examen médical, et toute entrevue téléphonique enregistrée. La Compagnie prendra sa décision basée sur toutes les informations qu'elle lui fut fournies. Je comprends que des réponses inexactes ou incomplètes à des questions peuvent avoir une incidence sur l'admissibilité à une couverture et/ou aux prestations, et pourraient entraîner la nullité de la couverture
- 2 Sur livraison de cette Police, le Titulaire proposé s'assurera que la Personne à assurer examine les déclarations et réponses contenues dans tout paramédical ou examen médical, toute entrevue téléphonique enregistrée, et tout autre supplément ou questionnaire et qu'elle vérifie qu'elles sont correctement complétées. Le Titulaire proposé avisera la Compagnie immédiatement si, entre la date qu'elles ont été fournies et la date de livraison de cette Police, il y a un changement dans les déclarations et réponses dans cette proposition, tout paramédical ou examen médical, toute entrevue téléphonique consignée, ou tout autre supplément ou questionnaire (si applicable)
- 3 Le Contrat d'assurance complet est constitué de la Police, des avenants, des exclusions, des modifications, des addendas et des documents annexés, y compris tout paramédical ou examen médical et toute entrevue téléphonique complétés, ainsi que de toutes les parties remplies de cette proposition, tout supplément à la proposition et tout questionnaire annexés. Aucune déclaration, ni aucun renseignement recueilli par un représentant de la Compagnie, un examinateur, ou un interviewer ne doit être attribué à la Compagnie ou ne lie cette dernière, à moins que ledit renseignement ne soit contenu dans le Contrat d'assurance. Seul un membre de la direction de la Compagnie peut (a) altérer ou modifier les modalités de la Police ou (b) renoncer à un droit ou à une exigence de la Compagnie. Le fait d'accepter la Police revient à en accepter les conditions et à ratifier les changements stipulés par la Compagnie dans la Police.
- 4 Au Québec, l'assurance, en vertu de la Police, ne prend effet que lorsque:
 - a la prime initiale a été acquittée intégralement; et
 - b. la proposition a été acceptée sans modification par la Compagnie.

Dans toutes provinces autres que le Québec, et au Québec si la proposition a été acceptée par la Compagnie sous réserve de modifications, l'assurance, en vertu de la Police, ne prend effet que lorsque :

- a la prime initiale a été acquittée intégralement; et
 - b. la Police a formellement été présentée au Titulaire proposé et toutes les conditions pour que nous puissions remettre la Police au Titulaire proposé sont remplies, y compris mais sans s'y limiter, la réception à nos bureaux de toutes les modifications, annexes et exclusions requises pour mettre la Police en vigueur, signées par le Titulaire proposé et la Personne à assurer, si différente du Titulaire proposé, dans le délai imparti; et
 - c aucun changement n'est intervenu dans la santé ni l'assurabilité de la Personne à assurer entre la date de signature de la proposition et la date de délivrance de la Police
- 5 J'ai reçu l'information nécessaire à la souscription du ou des produits
 - 6 J'ai reçu et lu une copie de la Fiche d'information à l'intention du consommateur – préavis
 - 7 J'ai lu et compris la section intitulée « Collecte et utilisation des renseignements personnels » et j'accepte ses conditions

Assurance Croissance RBC^{MC} ou Assurance Croissance Plus RBC^{MC}

- 8 Si l'Assurance Croissance RBC est sélectionnée, pour les assurés de moins de 18 ans, une garantie d'assurabilité est ajoutée sans prime additionnelle. Cette garantie ne sera pas ajoutée si la police est établie avec surprime pour risque aggravé. Cette garantie n'est pas offerte dans le cadre d'une police Assurance Croissance Plus RBC
- 9 L'option de dépôt n'est pas offerte si l'une des Personnes à assurer représente un risque aggravé et que sa police est établie avec surprime fixe. Si une option de dépôt est indiquée dans cette demande et que le montant de l'option de dépôt est perçu au moment de la présentation de la demande, la différence entre le montant de l'option de dépôt et le montant requis pour acquitter la surprime modale sera remboursée au payeur.
- 10 De nombreuses variables (par exemple, option de participation et barème des participations futures, avances sur police, paiements et retraits) peuvent influencer sur le rendement de la police et des changements à ses variables peuvent influencer sur les protections et valeurs non garanties de la police. Je comprends que les protections et valeurs indiquées dans toute illustration ne sont pas garanties, sauf si elles sont indiquées comme telles, et sont fondées sur des hypothèses susceptibles de changer
- 11 Le montant maximal d'une Assurance Croissance RBC^{MC} ou Assurance Croissance Plus^{MC} qui peut être demandé au moyen du processus de souscription simplifié est de 499 999 \$. Tout montant supérieur à 499 999 \$ sera assujéti au processus et aux exigences de tarification standard de la Compagnie

J'ai lu, compris et j'accepte les termes et conditions de la Reçu de la note de couverture applicable à l'assurance vie (ne s'applique que si l'acompte minimal a été versé et le reçu a été détaché, comme il se doit, de la présente proposition).

Signé à le jour de Année
Ville/Province Mois

Signature de la personne à assurer A ou de ses parents/tuteurs* si la personne à assurer A a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec).

Signature du titulaire proposé (s'il n'est pas la personne à assurer A et/ou B)

Si le titulaire est une personne morale, fournir le titre du signataire autorisé. Si le titulaire est un fiduciaire, indiquer la fiducie.

Signature de la personne à assurer B ou de ses parents/tuteurs* si la personne à assurer B a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec).

Signature du cotitulaire proposé (s'il n'est pas la personne à assurer A et/ou B)

* Au Québec, s'il y a plus d'un tuteur, tous les tuteurs doivent signer, à moins qu'un des tuteurs n'ait obtenu une procuration l'autorisant à agir unilatéralement au nom de l'enfant

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement

AUTORISATION

Nom de la personne à assurer A :

Nom de la personne à assurer B :

J'autorise la Compagnie (Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs) à mener les enquêtes nécessaires et à recueillir des renseignements personnels me concernant et / ou mon enfant (comme indiqué ci-dessus). Il est entendu que la Compagnie établira et tiendra à jour des dossiers contenant des renseignements personnels qui me concernent et / ou qui concernent mon enfant. Il est entendu également que l'accès à mes renseignements personnels et / ou à ceux de mon enfant sera limité aux employés de la Compagnie, et aux autres personnes embauchées par la Compagnie, dans l'exercice de leurs fonctions, ou aux personnes à qui j'en aurai permis l'accès, par écrit, ou à toute autre personne autorisée par la loi. En outre, il est entendu que, sauf lorsque la Compagnie peut limiter mon accès aux renseignements personnels me concernant et / ou concernant mon enfant, et qu'elle le fait légalement, je serai autorisé à examiner les copies des documents contenant lesdits renseignements personnels que la Compagnie a en sa possession, sous réserve du paiement de frais de reproduction raisonnables. Il est entendu également que je serai autorisé à demander de consulter ces documents et à y signaler toute erreur, et à demander à la Compagnie de les rectifier en lui faisant parvenir, par la poste, une demande écrite. J'autorise les personnes, les institutions et les organismes énumérés ci-dessous à divulguer et à fournir à la Compagnie tout renseignement, dossier ou autres données me concernant et / ou concernant mon enfant, concernant mes antécédents ou traitements médicaux et / ou ceux de mon enfant, et concernant mon revenu et mes emplois passés et actuels et / ou ceux de mon enfant, qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité et leur demande de le faire

Personnes à qui la présente autorisation s'applique : Tout médecin autorisé, infirmier, conseiller, psychologue, travailleur social, thérapeute, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de réadaptation ou de santé ; tout hôpital, toute clinique ou pharmacie, ou tout autre établissement médical ou fournisseur de soins de santé ou de traitements ; le régime d'assurance-maladie provincial, toute compagnie d'assurance ou de réassurance ou toute autre institution financière ; mon employeur et / ou celui de mon enfant ou mes anciens employeurs et / ou ceux de mon enfant et tout ministère ou organisme fédéral ou provincial, y compris les autorités fiscales fédérales et provinciales et les bureaux du ministère du Transport provincial ; le MIB, Inc. ; ainsi que toute autre personne, agence, agence d'évaluation du crédit ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant et / ou concernant mon enfant. Cette autorisation visant à obtenir des renseignements reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Si je décide de révoquer la présente autorisation d'obtenir des renseignements, la compagnie pourrait mettre fin au processus de tarification et / ou résilier la police, si une police a été établie

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçus par la Compagnie en vertu de la présente autorisation, qu'il s'agisse de renseignements médicaux ou non, sera utilisé aux fins de l'évaluation du risque à assurer, de l'évaluation des demandes de règlement, de la vérification de la validité de la police telle qu'elle a été établie ainsi que de l'établissement et de la livraison de la police. Dans la mesure raisonnable et nécessaire à ces fins, j'autorise la Compagnie à communiquer lesdits renseignements, dossiers ou données reçus au MIB, Inc., à d'autres compagnies d'assurance ou à tout autre réassureur ainsi qu'à mon représentant de service, notamment mon conseiller ou courtier en assurance. Cette autorisation de communiquer des renseignements dans la mesure raisonnable et nécessaire reste valide à moins que je ne la révoque par écrit

J'autorise la Compagnie à communiquer à mon représentant de service tout renseignement important concernant mes antécédents médicaux et personnels et / ou ceux de mon enfant uniquement dans le but d'expliquer toute décision se rapportant à la tarification. Les renseignements ainsi communiqués pourraient comprendre des antécédents de maladie mentale, de maladie infectieuse, de consommation de drogue et d'alcool, des dossiers relatifs à une activité criminelle ou tout autre fait qui aurait une incidence importante sur la décision de la Compagnie de m'assurer et / ou d'assurer mon enfant. La présente autorisation de divulgation des renseignements à cette fin reste valide pendant 60 jours à partir de la plus éloignée des dates suivantes : la date à laquelle la Compagnie établit une nouvelle police ou modifie une police existante et la date à laquelle la Compagnie m'avise par écrit que ma demande et / ou celle de mon enfant a été refusée, retirée ou jugée comme incomplète

La personne à assurer A n'accepte pas la divulgation des renseignements médicaux et personnels au représentant de service :

La personne à assurer B n'accepte pas la divulgation des renseignements médicaux et personnels au représentant de service :

J'autorise également la Compagnie à divulguer à mon professionnel de la santé et / ou à celui de mon enfant, tout renseignement d'ordre médical recueilli pour cette proposition d'assurance, y compris les résultats de test sanguin, d'analyse d'urines ou des tests de dépistage de drogue dans l'urine en vue de lui révéler toute constatation médicale pouvant nécessiter une investigation ou un traitement plus poussé ou en vue de lui expliquer toute décision de tarification. La présente autorisation de divulgation des renseignements médicaux reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, a la même valeur que l'original. Toute modification de la présente autorisation la rendra nulle et non avenue.

Signé à

Ville/Province

le

jour de

Mois

Année

Signature de la personne à assurer A ou de ses parents/tuteurs* si la personne à assurer A a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec).

Signature de la personne à assurer B ou de ses parents/tuteurs* si la personne à assurer B a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec).

* Au Québec, s'il y a plus d'un tuteur, tous les tuteurs doivent signer, à moins qu'un des tuteurs n'ait obtenu une procuration l'autorisant à agir unilatéralement au nom de l'enfant.

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement

DÉCLARATION DE RÉSIDENCE AUX FINS DE L'IMPÔT POUR LES PARTICULIERS – NCD ET FATCA



Veillez remplir ce formulaire (pages 30 à 32) si Assurance Croissance RBC^{MC} ou Assurance Croissance Plus RBC^{MC} est demandée et que le(s) titulaire(s) proposé(s) du contrat est (sont) une personne ou une entreprise à propriétaire unique.

- La **Norme commune de déclaration (NCD)** est la nouvelle **norme mondiale** d'échange de renseignements relatifs aux comptes financiers destinée à lutter plus efficacement contre l'évasion fiscale et à renforcer l'observation des règles fiscales.
- La **loi FATCA** (Foreign Account Tax Compliance Act) est une loi fiscale américaine visant à empêcher une personne des États-Unis à se soustraire à l'impôt en investissant des fonds ou en détenant des comptes financiers à l'extérieur des États-Unis. Pour de plus amples renseignements à ce sujet, visitez www.fin.gc.ca/afc/faq/fatca-fra.asp
- Nous utiliserons les renseignements fournis dans ce formulaire pour déterminer nos obligations de déclaration fiscale à l'Agence du revenu du Canada (ARC). L'ARC peut communiquer ces renseignements au gouvernement d'une juridiction étrangère dont vous êtes résident aux fins de l'impôt. Dans le cas des États-Unis, l'ARC peut aussi communiquer ces renseignements au gouvernement de ce pays si vous en êtes citoyen
- Remplissez toutes les sections du formulaire qui s'appliquent à vous. Si vous n'avez pas tous les renseignements nécessaires quand vous remplissez le formulaire, vous pourriez avoir jusqu'à 90 jours pour fournir les renseignements manquants à RBC Assurances®. Si vous ne fournissez pas les renseignements manquants à RBC Assurances dans les délais prévus, elle pourrait devoir signaler l'existence de votre compte à l'ARC
- Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire en ce qui concerne les renseignements sur la résidence aux fins de l'impôt, reportez-vous au Folio de l'impôt sur le revenu, S5-F1-C1, *Détermination du statut de résidence d'un particulier*, que vous trouverez dans le site Web de l'ARC

Numéro de la police (si disponible) :

--

Section 1 – Identification du titulaire de police					
Nom de famille	Prénom et initiales	Date de naissance *	Année	Mois	Jour
Adresse de résidence permanente					
Numéro d'appartement – numéro et nom de la rue			Ville		
Province, territoire, état ou sous-entité	Pays ou juridiction		Code postal ou ZIP		
Adresse postale (seulement si elle diffère de l'adresse de résidence permanente)					
Numéro d'appartement – numéro et nom de la rue			Ville		
Province, territoire, état ou sous-entité	Pays ou juridiction		Code postal ou ZIP		
Section 1 – Identification du cotitulaire de police					
Nom de famille	Prénom et initiales	Date de naissance *	Année	Mois	Jour
Adresse de résidence permanente (si elle diffère de celle du titulaire de police)					
Numéro d'appartement – numéro et nom de la rue			Ville		
Province, territoire, état ou sous-entité	Pays ou juridiction		Code postal ou ZIP		
Adresse postale (seulement si elle diffère de l'adresse de résidence permanente)					
Numéro d'appartement – numéro et nom de la rue			Ville		
Province, territoire, état ou sous-entité	Pays ou juridiction		Code postal ou ZIP		

*Obligatoire si la personne est résidente en dehors du Canada aux fins de l'impôt

Section 2 – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt du titulaire de police

Cochez (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous

Je suis résident ou résidente du Canada aux fins de l'impôt. Si vous cochez cette case, fournissez votre numéro d'assurance sociale

Numéro d'assurance sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Je suis résident ou résidente des États-Unis aux fins de l'impôt ou de citoyenneté américaine.

Si vous cochez cette case, fournissez votre numéro d'identification fiscale (NIF) des États-Unis (numéro d'identification de contribuable ou TIN, dans les documents RBC).

NIF des États-Unis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un ? Oui Non

Je suis résident ou résidente d'une juridiction autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.

Si vous cochez cette case, indiquez vos juridictions de résidence aux fins de l'impôt et vos numéros d'identification de contribuable.

Si vous n'avez pas le NIF d'une juridiction particulière, indiquez la raison parmi les choix ci-dessous :

Raison 1 : Je demanderai un NIF (ou TIN) ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu.

Raison 2 : Ma juridiction de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF (ou TIN) à ses résidents.

Raison 3 : Autres raisons. Fournissez des détails

Juridiction de résidence aux fins de l'impôt	Numéro d'identification de contribuable	Si vous n'avez pas de NIF, choisissez la raison 1, 2 ou 3.

Section 2 : Déclaration de résidence aux fins de l'impôt du cotitulaire de police

Cochez (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous

Je suis résident ou résidente du Canada aux fins de l'impôt. Si vous cochez cette case, fournissez votre numéro d'assurance sociale

Numéro d'assurance sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Je suis résident ou résidente des États-Unis aux fins de l'impôt ou de citoyenneté américaine.

Si vous cochez cette case, fournissez votre numéro d'identification fiscale (NIF) des États-Unis (numéro d'identification de contribuable ou TIN, dans les documents RBC).

TIN from the United States

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un ? Oui Non

Je suis résident ou résidente d'une juridiction autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.

Si vous cochez cette case, indiquez vos juridictions de résidence aux fins de l'impôt et vos numéros d'identification de contribuable.

Si vous n'avez pas le NIF d'une juridiction particulière, indiquez la raison parmi les choix ci-dessous :

Raison 1 : Je demanderai un NIF (ou TIN) ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu.

Raison 2 : Ma juridiction de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF (ou TIN) à ses résidents.

Raison 3 : Autres raisons. Fournissez des détails

Juridiction de résidence aux fins de l'impôt	Numéro d'identification de contribuable	Si vous n'avez pas de NIF, choisissez la raison 1, 2 ou 3.

Section 3 – Certification

J'atteste que les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts et complets. Je fournirai à RBC Assurances un nouveau formulaire dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances qui fait en sorte que les renseignements fournis dans ce formulaire sont incomplets ou inexacts

Nom du titulaire de police (en caractères d'imprimerie)	Signature du titulaire de police	Date _____ Année Mois Jour
Nom du cotitulaire de police (en caractères d'imprimerie)	Signature du cotitulaire de police	Date _____ Année Mois Jour

Les renseignements personnels sont recueillis selon la *Loi de l'impôt sur le revenu* pour administrer les programmes fiscaux, de prestations et autres. Ils peuvent également être utilisés pour toute fin liée à l'application ou à l'exécution de la Loi telle que la vérification, l'observation et le recouvrement des sommes dues à l'État. Les renseignements peuvent être transmis à une autre institution fédérale, à une institution gouvernementale provinciale ou territoriale, ou à un gouvernement étranger, ou vérifiés auprès de ceux-ci, dans la mesure où la loi l'autorise. Cependant, le défaut de fournir ces renseignements pourrait entraîner des intérêts à payer, des pénalités ou d'autres mesures. Les particuliers ont le droit, selon la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, d'accéder à leurs renseignements personnels et de demander une modification, s'il y a des erreurs ou omissions. Consultez Info Source en allant à arc.gc.ca/gncy/tp/nfsrc/nfsrc-fra.html et le Fichier de renseignements personnels ARC PPU 005

Comment remplir le formulaire

Le **numéro de police** est le numéro que RBC Assurances vous attribue. Par exemple, inscrivez dans cette case le numéro de police qui vous est attribué. Si vous n'avez pas de tel numéro, laissez la case vide

Section 1 – Identification du titulaire de police et du cotitulaire de police

Utilisez la section 1 pour indiquer le titulaire de police. L'adresse du titulaire de police est parfois différente de son adresse postale. Dans ce cas, donnez les deux adresses

Le **titulaire de police** est la personne inscrite ou indiquée comme le titulaire de la police de RBC Assurances. Cependant, lorsqu'une personne autre qu'une institution financière détient un compte financier au profit d'une autre personne ou pour celle-ci à titre d'agent, de responsable, de mandataire, de signataire, de conseiller en placements ou d'intermédiaire, on ne la considère pas comme le titulaire de police. Dans de tels cas, le titulaire de police est la personne pour laquelle la police est détenue

Si une fiducie ou une succession est inscrite comme titulaire de police, c'est elle qui est le titulaire de police et non son fiduciaire ou son liquidateur. De même, si une société de personnes est inscrite comme le titulaire de police, c'est elle qui est titulaire de la police et non ses associés. Dans de tels cas, remplissez le formulaire *Déclaration de résidence aux fins de l'impôt pour entités – NCD et FATCA*

Un titulaire de police comprend aussi toute personne pouvant accéder à la valeur de rachat ou désigner un bénéficiaire d'un contrat d'assurance avec valeur de rachat ou d'un contrat de rente

Section 2 – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt du titulaire de police et du cotitulaire de police

Utilisez la section 2 pour indiquer la résidence du titulaire de police aux fins de l'impôt et son numéro d'identification fiscale (numéro d'identification de contribuable). Si le titulaire de police n'a pas de numéro, donnez-en la raison.

En général, une personne sera **résidente** d'une juridiction **aux fins de l'impôt** si, selon les lois de celle-ci, elle y paie ou doit y payer l'impôt parce qu'elle y a son domicile, sa résidence ou que des critères semblables sont remplis.

Les personnes qui sont résidentes de plus d'une juridiction aux fins de l'impôt peuvent se fier aux règles décisives que les conventions fiscales prévoient (lorsqu'elles s'appliquent) pour résoudre le cas de double résidence aux fins de l'impôt.

Pour en savoir plus sur la résidence aux fins de l'impôt, parlez à votre conseiller fiscal ou allez à oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-residency/#d.en.347760 (en anglais seulement)

Un **numéro d'identification fiscale (ou numéro d'identification de contribuable)**, souvent désigné par son abréviation NIF (ou TIN à RBC), est une combinaison unique de lettres ou de chiffres qu'une juridiction attribue à un particulier pour identifier celui-ci aux fins de l'administration de ses lois fiscales. Entrez le NIF dans le même format officiel que reçu. Pour en savoir plus sur les NIF acceptables, allez à oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-identification-numbers/#d.en.347759 (en anglais seulement)

Si vous n'avez pas de NIF (ou TIN) des États-Unis, vous avez 90 jours pour en demander un. Une fois que vous avez reçu votre NIF (ou TIN), vous avez 15 jours pour le fournir à RBC Assurances.

Les raisons qui correspondent à la « Raison 3 : **Autres raisons** » pour ne pas avoir de NIF (ou TIN) comprennent de ne pas être admissible à en recevoir un. Toutefois, si vous êtes admissible à recevoir un NIF (ou TIN), mais n'en avez pas, vous avez 90 jours pour en demander un auprès de votre juridiction de résidence. Une fois que vous l'avez reçu, vous avez 15 jours pour le donner à RBC Assurances

Section 3 – Certification

Assurez-vous de remplir et de signer la section 3 avant de donner ce formulaire à RBC Assurances

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement

DÉCLARATION DE RÉSIDENCE AUX FINS DE L'IMPÔT POUR LES ENTITÉS – NCD ET FATCA



Veillez remplir ce formulaire (pages 34 à 39) si Assurance Croissance RBC^{MC} ou Assurance Croissance Plus RBC^{MC} est demandée et que le(s) titulaire(s) proposé(s) du contrat est une société, une société de personnes, une fiducie, une association, un fonds, une coentreprise, une organisation, un syndicat, ou une fondation.

- La **Norme commune de déclaration (NCD)** est la nouvelle **norme mondiale** d'échange de renseignements relatifs aux comptes financiers destinée à lutter plus efficacement contre l'évasion fiscale et à renforcer l'observation des règles fiscales
- La **loi FATCA** (Foreign Account Tax Compliance Act) est une loi fiscale américaine visant à empêcher une personne des États-Unis à se soustraire à l'impôt en investissant des fonds ou en détenant des comptes financiers à l'extérieur des États-Unis. Pour de plus amples renseignements à ce sujet, visitez www.fin.gc.ca/afc/faq/fatca-fra.asp
- Pour ce formulaire, une entité comprend une société, une société de personnes, une fiducie, une association, un fonds, une coentreprise, une organisation, un syndicat ou une fondation. **Si vous êtes une entreprise à propriétaire unique, remplissez le formulaire *Déclaration de résidence aux fins de l'impôt pour les particuliers*.**
- Nous utiliserons les renseignements fournis dans ce formulaire pour déterminer nos obligations de déclaration fiscale à l'Agence du revenu du Canada (ARC)
- Chaque titulaire d'une police conjointe doit remplir un formulaire de déclaration de résidence aux fins de l'impôt. L'ARC peut communiquer ces renseignements au gouvernement d'une juridiction étrangère si la personne nommée sur ce formulaire en est résidente aux fins de l'impôt. Dans le cas des États-Unis, l'ARC peut aussi communiquer ces renseignements au gouvernement de ce pays si la personne en est citoyenne
- Remplissez toutes les sections de ce formulaire qui vous concernent et l'annexe au besoin. Si vous n'avez pas tous les renseignements nécessaires quand vous remplissez le formulaire, vous pourriez avoir jusqu'à 90 jours pour fournir les renseignements manquants à RBC Assurances®. Si vous ne fournissez pas les renseignements manquants à RBC Assurances dans les délais prévus, elle pourrait devoir signaler l'existence de votre compte à l'ARC
- Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire en ce qui concerne les renseignements sur la résidence aux fins de l'impôt, allez à Statut de résidence d'une société au rc.gc.ca/tx/nnrdsnts/bsnss/bs-rs-fra.html ou reportez-vous au Folio de l'impôt sur le revenu, S6-F1-C1, *Résidence d'une fiducie ou succession*, que vous trouverez dans le site Web de l'ARC
- Pour en savoir plus sur la façon de remplir ce formulaire, lisez la section Renseignements généraux à la fin du formulaire. Vous y trouverez aussi les définitions des termes utilisés

Numéro de police (si disponible)

Section 1 – Identification du titulaire de police		
Nom légal de l'entité	Juridiction de constitution en société ou organisation	
Adresse de résidence permanente		
Numéro de suite – numéro et nom de la rue	Ville	
Province, territoire, État ou sous-entité	Pays ou juridiction	Code postal ou ZIP
Adresse postale (seulement si elle diffère de l'adresse de résidence permanente)		
Numéro de suite – numéro et nom de la rue	Ville	
Province, territoire, État ou sous-entité	Pays ou juridiction	Code postal ou ZIP
Section 2 – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt		
Cochez (✓) toutes les options qui s'appliquent à l'entité		
<input type="checkbox"/> L'entité est résidente du Canada aux fins de l'impôt. Si l'entité est une fiducie, inscrivez son numéro de compte de fiducie. Sinon, inscrivez son numéro d'entreprise		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> L'entité est résidente des États-Unis aux fins de l'impôt.	<input type="checkbox"/> L'entité est résidente d'une juridiction autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt. Si vous cochez cette case, indiquez le nom de ses juridictions de résidence aux fins de l'impôt et ses numéros d'identification fiscale ou NIF (numéro d'identification de contribuable ou TIN dans les documents RBC).	
Si l'entité n'a pas le NIF d'une juridiction en particulier, indiquez la raison parmi les choix ci-dessous : Raison 1 : L'entité demandera un NIF ou en a déjà demandé un, mais ne l'a pas encore reçu. Raison 2 : La juridiction de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents. Raison 3 : Autres raisons. Fournissez des détails		
Juridiction de résidence aux fins de l'impôt	Numéro d'identification fiscale (à RBC : numéro d'identification de contribuable)	Si l'entité n'a pas de NIF, choisissez la raison 1, 2 ou 3 (tel qu'il est décrit à la section 2 des renseignements généraux)

Section 3 – Classification de l'entité

Section 3.1 – L'entité est-elle une institution financière ?

- Non.** Passez à la section 3.3
- Oui.** Inscrivez le numéro d'identification d'intermédiaire mondial (NIIM) de l'entité et passez à la section 3.2.
-

Si l'entité n'a pas de NIIM, expliquez pourquoi.

Section 3.2 – L'institution financière répond-elle aux critères suivants ?

- Elle ne réside pas dans une juridiction partenaire (allez à <http://www.cra-arc.gc.ca/tx/nnrstdnts/nhncdrprtng/crs/jrsdctns-fra.html> pour la Liste des juridictions partenaires)
 - Au moins 50 % de ses revenus bruts proviennent de l'investissement dans des actifs financiers ou de la vente d'actifs financiers.
 - Elle est gérée par une autre institution financière.
- Non.** Passez à la section 4
- Oui.** Inscrivez les personnes détenant le contrôle de l'entité dans l'annexe puis passez à la section 4.

Section 3.3 – L'entité est-elle une personne désignée des États-Unis ?

- Non.** Passez à la section 3.4
- Oui.** Inscrivez le NIF des États-Unis et passez à la section 3.4.
- Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un ? Oui Non
- | NIF des États-Unis | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Section 3.4 – Cochez l'option qui décrit le mieux l'entité :

- L'entité est une société dont les actions font l'objet de transactions régulières sur un marché boursier réglementé. Elle pourrait aussi être une société liée à cette société. Si c'est le cas, **prenez la section 4.**
- L'entité exploite activement un commerce ou une entreprise – moins de 50 % de ses revenus bruts proviennent d'un revenu passif et moins de 50 % de ses éléments d'actif produisent un revenu passif. Si c'est le cas, **prenez la section 4.**
- L'entité est un gouvernement, une banque centrale ou une organisation internationale (ou un organisme d'une telle organisation). Si c'est le cas, **prenez la section 4.**
- L'entité est une entité non financière active autre que celles qui sont décrites dans les trois options précédentes (reportez-vous aux alinéas d) à i) de la définition d'entité non financière active). Si c'est le cas, **prenez la section 4.**
- L'entité est une entité non financière passive. Inscrivez les personnes détenant le contrôle de l'entité dans l'annexe puis **prenez la section 4.**

Section 4 – Certification

Je suis un signataire autorisé de cette entité et je déclare que les renseignements que j'ai fournis dans ce formulaire et l'annexe sont exacts et complets. Je fournirai à RBC Assurances un nouveau formulaire dans les 30 jours suivant tout changement de circonstances qui pourrait rendre les renseignements sur ce formulaire inexacts ou incomplets

			Date
Nom de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie)	Signature de la personne autorisée	Titre ou poste	Année Mois Jour

Les renseignements personnels sont recueillis selon la *Loi de l'impôt sur le revenu* pour administrer les programmes fiscaux, de prestations et autres. Ils peuvent également être utilisés pour toute fin liée à l'application ou à l'exécution de la Loi telle que la vérification, l'observation et le recouvrement des sommes dues à l'État. Les renseignements peuvent être transmis à une autre institution fédérale, à une institution gouvernementale provinciale ou territoriale, ou à un gouvernement étranger, ou vérifiés auprès de ceux-ci, dans la mesure où la loi l'autorise. Cependant, le défaut de fournir ces renseignements pourrait entraîner des intérêts à payer, des pénalités ou d'autres mesures. Les particuliers ont le droit, selon la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, d'accéder à leurs renseignements personnels et de demander une modification, s'il y a des erreurs ou omissions. Consultez Info Source en allant à arc.gc.ca/gncy/tp/nfsrc/nfsrc-fra.html et le Fichier de renseignements personnels ARC PPU 047

Annexe – Personnes détenant le contrôle													
<p>Indiquez UNIQUEMENT les personnes qui sont propriétaires ou qui contrôlent directement ou indirectement au moins 25 % de l'entreprise. Si aucun particulier n'est désigné en tant que personne détenant le contrôle de la société, le directeur ou le haut responsable de la société est considéré comme étant la personne détenant le contrôle. Veuillez utiliser des pages d'annexe distinctes si vous devez inscrire plus de deux personnes détenant le contrôle. Assurez-vous d'indiquer le type de personne détenant le contrôle pour chaque personne de votre liste ou de vos formulaires</p> <p>Pour de plus amples renseignements, consultez la section Renseignements généraux</p>													
Personne détenant le contrôle 1													
Nom de famille	Prénom et initiales	Date de naissance**	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Mois</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Jour</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> </tr> </table>	Année	Mois	Jour	_ _ _	_	_				
Année	Mois	Jour											
_ _ _	_	_											
Type de personne détenant le contrôle (Consultez Annexe – Personnes détenant le contrôle à la section Renseignements généraux pour une liste des types.)													
Adresse de résidence permanente													
Numéro d'appartement – numéro et nom de la rue		Ville											
Province, territoire, État ou sous-entité	Pays ou juridiction	Code postal ou ZIP											
Adresse postale (seulement si elle diffère de l'adresse de résidence permanente)													
Numéro d'appartement – numéro et nom de la rue		Ville											
Province, territoire, État ou sous-entité	Pays ou juridiction	Code postal ou ZIP											
Déclaration de résidence aux fins de l'impôt de la personne détenant le contrôle 1													
Cochez (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous													
<input type="checkbox"/> La personne détenant le contrôle est résidente du Canada aux fins de l'impôt.	Si vous cochez cette case, fournissez le numéro d'assurance sociale de la personne détenant le contrôle SEULEMENT si cette personne est aussi résidente d'une juridiction autre que le Canada aux fins de l'impôt.		Numéro d'assurance sociale <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> La personne détenant le contrôle est résidente des États-Unis aux fins de l'impôt ou de citoyenneté américaine.	Si vous cochez cette case, fournissez le numéro d'identification fiscale (NIF) des États-Unis de la personne détenant le contrôle.		NIF des États-Unis <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>										
Si la personne détenant le contrôle n'a pas de NIF des États-Unis, en a-t-elle demandé un ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non													
<input type="checkbox"/> La personne détenant le contrôle est résidente d'une juridiction autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.	Si vous cochez cette case, fournissez le nom de sa juridiction de résidence aux fins de l'impôt et ses NIF. Si la personne détenant le contrôle n'a pas de NIF, choisissez la raison 1, 2 ou 3 tel qu'il est décrit à la section 2 des renseignements généraux.												
Juridiction de résidence aux fins de l'impôt	Numéro d'identification fiscale (à RBC: numéro d'identification de contribuable)	Si la personne n'a pas de NIF, choisissez la raison 1, 2 ou 3.											

** Obligatoire si la personne est résidente en dehors du Canada aux fins de l'impôt.

Annexe – Personnes détenant le contrôle (suite)

Indiquez **UNIQUEMENT** les personnes qui sont propriétaires ou qui contrôlent directement ou indirectement au moins **25 %** de l'entreprise. Si aucun particulier n'est désigné en tant que personne détenant le contrôle de la société, le directeur ou le haut responsable de la société est considéré comme étant la personne détenant le contrôle. Veuillez utiliser des pages d'annexe distinctes si vous devez inscrire plus de deux personnes détenant le contrôle. Assurez-vous d'indiquer le type de personne détenant le contrôle pour chaque personne de votre liste ou de vos formulaires

Pour de plus amples renseignements, consultez la section Renseignements généraux

Personne détenant le contrôle 1

Nom de famille	Prénom et initiales	Date de naissance**	Année	Mois	Jour
----------------	---------------------	---------------------	-------	------	------

Type de personne détenant le contrôle (Consultez Annexe – Personnes détenant le contrôle à la section Renseignements généraux pour une liste des types.)

Adresse de résidence permanente

Numéro d'appartement – numéro et nom de la rue		Ville
Province, territoire, État ou sous-entité	Pays ou juridiction	Code postal ou ZIP

Adresse postale (seulement si elle diffère de l'adresse de résidence permanente)

Numéro d'appartement – numéro et nom de la rue		Ville
Province, territoire, État ou sous-entité	Pays ou juridiction	Code postal ou ZIP

Déclaration de résidence aux fins de l'impôt de la personne détenant le contrôle 2

Cochez (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous

- La personne détenant le contrôle est résidente du Canada aux fins de l'impôt.**

Si vous cochez cette case, fournissez le numéro d'assurance sociale de la personne détenant le contrôle **SEULEMENT si cette personne est aussi résidente d'une juridiction autre que le Canada aux fins de l'impôt.**

Numéro d'assurance sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- La personne détenant le contrôle est résidente des États-Unis aux fins de l'impôt ou de citoyenneté américaine.**

Si vous cochez cette case, fournissez le numéro d'identification fiscale (NIF) des États-Unis de la personne détenant le contrôle.

NIF des États-Unis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si la personne détenant le contrôle n'a pas de NIF des États-Unis, en a-t-elle demandé un ? Oui Non

- La personne détenant le contrôle est résidente d'une juridiction autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.**

Si vous cochez cette case, fournissez le nom de sa juridiction de résidence aux fins de l'impôt et ses NIF. Si la personne détenant le contrôle n'a pas de NIF, choisissez la raison 1, 2 ou 3 tel qu'il est décrit à la section 2 des renseignements généraux.

Juridiction de résidence aux fins de l'impôt	Numéro d'identification fiscale (à RBC: numéro d'identification de contribuable)	Si la personne n'a pas de NIF, choisissez la raison 1, 2 ou 3.

** Obligatoire si la personne est résidente en dehors du Canada aux fins de l'impôt.

Comment remplir le formulaire

Le **numéro de police** est le numéro que RBC Assurances attribue à l'entité. Inscrivez dans cette case le numéro qui est attribué à l'entité, par exemple, le numéro de compte de banque ou le numéro de la police d'assurance. Si vous n'avez pas de tel numéro, laissez la case vide.

Section 1 – Identification du titulaire de police

Utilisez la section 1 pour indiquer le titulaire de police. L'adresse légale est parfois différente de l'adresse postale. Dans ce cas, donnez les deux adresses.

Le **titulaire de police** est la personne inscrite ou indiquée comme titulaire du compte financier par RBC Assurances qui gère le compte. Cependant, lorsqu'une personne autre qu'une institution financière détient un compte financier au profit d'une autre personne ou pour celle-ci à titre d'agent, de responsable, de mandataire, de signataire, de conseiller en placements ou d'intermédiaire, on ne la considère pas comme le titulaire de compte. Dans de tels cas, le titulaire de compte est la personne pour laquelle le compte est détenu.

Si une fiducie ou une succession est inscrite comme titulaire d'un compte financier, c'est elle qui est le titulaire du compte et non son fiduciaire ou son liquidateur. De même, si une société de personnes est inscrite comme le titulaire d'un compte financier, c'est elle qui est titulaire du compte et non ses associés.

Un titulaire de compte comprend aussi toute personne pouvant accéder à la valeur de rachat ou désigner un bénéficiaire d'un contrat d'assurance avec valeur de rachat ou d'un contrat de rente.

Section 2 : Déclaration de résidence aux fins de l'impôt

Utilisez la section 2 pour indiquer la résidence de l'entité aux fins de l'impôt et son numéro d'identification fiscale. Si l'entité n'a pas de numéro, donnez-en la raison.

En général, une entité sera **résidente d'une juridiction aux fins de l'impôt** si, selon les lois de celle-ci, elle y paie ou doit y payer l'impôt parce qu'elle y a son domicile, sa résidence ou son siège de direction, qu'elle y a été constituée en société ou que des critères semblables sont remplis. Pour ce formulaire :

- on considère qu'une société de personnes, une société à responsabilité limitée ou tout autre accord juridique semblable réside dans la juridiction où son siège de direction est situé ;
- on considère qu'une fiducie réside dans la juridiction où son siège de direction et les personnes détenant son contrôle sont situés ; et
- une entité qui est une « personne des États-Unis » est résidente des États-Unis aux fins de l'impôt.

Les entités qui sont résidentes de plus d'une juridiction aux fins de l'impôt peuvent se fier aux règles décisives que les conventions fiscales prévoient (lorsqu'elles s'appliquent) pour résoudre le cas de double résidence aux fins de l'impôt. Pour en savoir plus sur la résidence aux fins de l'impôt, parlez à votre conseiller fiscal ou allez à <http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crsimplementation-and-assistance/tax-residency/#d.en.347760> (en anglais seulement).

Un **numéro d'identification fiscale** (ou **numéro d'identification de contribuable**), souvent désigné par son abréviation NIF (à RBC: TIN), est une combinaison unique de lettres ou de chiffres qu'une administration attribue à un particulier ou à une entité pour identifier celui-ci aux fins de l'administration des lois fiscales. Entrez le NIF dans le même format officiel que reçu. Pour en savoir plus sur les NIF acceptables, allez à [oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-identification-numbers/#d.en.347759](http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-identification-numbers/#d.en.347759) (en anglais seulement).

Les raisons qui correspondent à la « Raison 3 : Autres raisons » pour ne pas avoir de NIF comprennent de ne pas être admissible à en recevoir un. Toutefois, si vous êtes admissible à recevoir un NIF, mais n'en avez pas, vous avez 90 jours pour en demander un auprès de votre juridiction de résidence. Une fois que vous l'avez reçu, vous avez 15 jours pour le donner à RBC Assurances.

Section 3 – Classification de l'entité

Utilisez la section 3 pour établir quel type d'entité est le détenteur de compte.

Indiquez dans la section 3.1 si l'entité est une institution financière et si elle a un numéro d'identification d'intermédiaire mondial (NIIM). Un NIIM est un identificateur unique émis aux institutions financières par l'Internal Revenue Service des États-Unis. Les motifs pour ne pas en avoir comprennent le fait d'être une institution financière étrangère réputée conforme ou une institution financière étrangère non participante.

Une **institution financière** est un établissement de dépôt, un établissement de garde de valeurs, une entité d'investissement ou une compagnie d'assurance particulière. Une entité résidente du Canada aux fins de l'impôt peut se classer en tant qu'institution financière seulement s'il s'agit d'une institution financière canadienne. Toutefois, une entité qui est une institution financière non déclarante visée par règlement au Canada peut être classée comme institution financière même si elle n'est pas une institution financière canadienne.

Utilisez la section 3.2 pour établir si l'institution financière est un type d'entité d'investissement qui doit indiquer les personnes détenant son contrôle à l'annexe. Une entité doit remplir l'annexe si elle ne réside pas dans une juridiction partenaire et si elle répond à la description à l'alinéa b) de la définition d'entité d'investissement.

Utilisez les sections 3.3 et 3.4 pour établir si une entité, autre qu'une institution financière, doit indiquer à l'annexe les personnes détenant son contrôle.

Section 4 – Certification

Assurez-vous de remplir l'annexe, le cas échéant, et de remplir et de signer la section 4 avant de donner ce formulaire à RBC Assurances.

Annexe – Personnes détenant le contrôle

Utilisez l'annexe pour identifier les personnes qui détiennent le contrôle de l'entité.

Les **personnes détenant le contrôle** d'une entité sont les personnes physiques qui exercent un contrôle direct ou indirect sur cette entité. En général, pour établir si une

personne exerce un contrôle sur l'entité, il faut savoir comment les propriétaires bénéficiaires de cette entité sont identifiés aux fins de la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* du Canada.

Par exemple, on considère généralement qu'une personne détient le contrôle d'une société si elle en détient ou en contrôle directement ou indirectement 25 % ou plus. Si aucun particulier n'est désigné en tant que personne détenant le contrôle de la société, le directeur ou le haut responsable de la société est considéré comme étant la personne détenant le contrôle.

Dans le cas d'une fiducie, les personnes qui détiennent le contrôle incluent les constituants, les fiduciaires, les protecteurs (si elle en a), les bénéficiaires (ou bénéficiaires discrétionnaires) et les personnes physiques qui exercent en dernier lieu un contrôle réel sur la fiducie.

Un constituant, un fiduciaire, un protecteur ou un bénéficiaire d'une fiducie peut être une entité. Dans ce cas, pour savoir quelles personnes détiennent le contrôle de la fiducie, vous devez examiner la chaîne de contrôle ou les droits de propriété pour identifier les personnes physiques qui exercent un contrôle réel sur l'entité. Ensuite, vous déclarez ces personnes comme étant celles détenant le contrôle de la fiducie. Les institutions financières peuvent suivre cette exigence de façon semblable à celle dont les propriétaires bénéficiaires d'une entité sont identifiés aux fins de la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* du Canada.

Dans le cas d'une structure juridique autre qu'une fiducie, les personnes qui détiennent le contrôle sont des personnes dans des situations équivalentes ou semblables.

Inscrivez la description qui décrit le mieux le type de personne détenant le contrôle :

- Propriétaire direct d'une société ou d'une autre personne morale
- Propriétaire indirect d'une société ou d'une autre personne morale (par un intermédiaire)
- Administrateur ou cadre d'une société ou d'une autre personne morale
- Constituant d'une fiducie
- Fiduciaire d'une fiducie
- Protecteur d'une fiducie
- Bénéficiaire d'une fiducie
- Autre personne détenant le contrôle d'une fiducie
- Personne dont la situation est équivalente à un constituant d'une structure juridique autre qu'une fiducie (par exemple une société de personnes)
- Personne dont la situation est équivalente à un fiduciaire d'une structure juridique autre qu'une fiducie (par exemple une société de personnes)
- Personne dont la situation est équivalente à un protecteur d'une structure juridique autre qu'une fiducie (par exemple une société de personnes)
- Personne dont la situation est équivalente à un bénéficiaire d'une structure juridique autre qu'une fiducie (par exemple une société de personnes)
- Autre personne détenant le contrôle d'une structure juridique autre qu'une fiducie (par exemple une société de personnes)

Définitions

Entité non financière active

Une entité non financière active est une entité autre qu'une institution financière qui remplit au moins un des critères suivants :

- Moins de 50 % du revenu brut de l'entité pour l'exercice précédent constitue un revenu passif et moins de 50 % des actifs détenus par l'entité au cours de l'exercice précédent sont des actifs qui produisent un revenu passif ou qui sont détenus à cette fin.
- Les actions de l'entité sont régulièrement négociées sur un marché boursier réglementé ou l'entité est une entité liée à une entité dont les actions sont négociées sur un tel marché.
- L'entité est une entité gouvernementale, une organisation internationale, une banque centrale ou une entité détenue à cent pour cent par une ou plusieurs des entités susmentionnées.
- Ses activités consistent en grande partie à détenir (en totalité ou en partie) les actions en circulation d'une ou de plusieurs filiales et à fournir un financement et des services aux filiales qui s'adonnent à des activités commerciales autres que celles d'une institution financière. Toutefois, une entité ne peut prétendre à ce statut si elle fonctionne (ou se présente) comme un fonds d'investissement, tels un fonds de capital-investissement, un fonds de capital-risque, un fonds de rachat d'entreprise par effet de levier ou tout autre mécanisme de placement dont l'objet est d'acquiescer ou de financer des sociétés, puis d'y conserver une participation sous forme d'actifs financiers à des fins d'investissement.
- L'entité est en démarrage et n'a pas d'histoire d'exploitation, mais elle investit des capitaux dans des actifs en vue d'exercer une activité autre que celle d'une institution financière, à condition qu'elle ne puisse entrer dans le cadre de cette exception au delà de 24 mois après la date de son organisation initiale.
- L'entité n'était pas une institution financière durant les cinq années précédentes et est en train de liquider ses actifs ou de se restructurer afin de poursuivre ou de reprendre une activité qui n'est pas celle d'une institution financière.
- L'entité se livre principalement à des opérations de financement ou de couverture avec ou pour des entités liées qui ne sont pas des institutions financières. Elle ne fournit pas de services de financement ou de couverture à des entités qui ne sont pas des entités liées, à condition que le groupe auquel appartiennent ces entités liées se consacre principalement à une activité qui n'est pas celle d'une institution financière.

Entité non financière active (suite)

- h) L'entité est une entité à but non lucratif qui remplit toutes les conditions suivantes :
 - i) Elle a été constituée et est exploitée dans sa juridiction de résidence exclusivement à des fins religieuses, de bienfaisance, scientifiques, artistiques, culturelles, sportives ou éducatives ; ou elle a été constituée et est exploitée dans sa juridiction de résidence et elle est une organisation professionnelle, une ligue d'affaires (business league), une chambre de commerce, un syndicat, un organisme agricole ou horticole, une ligue d'action civique ou un organisme ayant pour mission la promotion du bien-être collectif
 - ii) Elle est exonérée de l'impôt sur le revenu dans sa juridiction de résidence.
 - iii) Elle n'a ni actionnaires ni membres qui ont des droits de propriété ou de bénéficiaire sur son revenu ou ses actifs.
 - iv) Les lois en vigueur dans la juridiction où réside l'entité ou les documents constitutifs de celle-ci ne permettent pas que le revenu ou les actifs de l'entité soient distribués à une personne physique ou à une entité autre qu'un organisme de bienfaisance, ou utilisés à leur bénéfice, sauf dans le cadre des activités de bienfaisance de l'entité ou à titre de rémunération raisonnable pour services rendus ou de versement représentant la juste valeur marchande d'un bien que l'entité a acheté
 - v) Les lois en vigueur dans la juridiction où réside l'entité ou les documents constitutifs de celle-ci prévoient que, lors de sa liquidation ou dissolution, tous ses actifs sont soit distribués à une entité gouvernementale ou à une autre entité à but non lucratif, soit dévolus au gouvernement de la juridiction de l'entité aux fins de l'impôt ou de l'une de ses subdivisions politiques.
- i) L'entité est organisée dans un territoire américain et tous les propriétaires du bénéficiaire sont des résidents de ce territoire aux fins de l'impôt.

Institution financière canadienne

Une institution financière canadienne est une entité résidente au Canada ou une entité étrangère qui a une succursale située au Canada. L'entité peut être l'une ou l'autre des entités suivantes :

- a) une banque réglementée par la *Loi sur les banques* ou une banque étrangère autorisée, au sens de l'article 2 de cette loi, dans le cadre des activités que cette dernière exerce au Canada ;
- b) une coopérative de crédit, une caisse d'épargne ou de crédit ou une caisse populaire réglementée par une loi provinciale ;
- c) une association réglementée par la *Loi sur les associations coopératives de crédit* ;
- d) une coopérative de crédit centrale, au sens de l'article 2 de la *Loi sur les associations coopératives de crédit*, ou une centrale de caisses de crédit ou une fédération de caisses de crédit ou de caisses populaires réglementée par une loi provinciale autre qu'une loi adoptée par le gouvernement du Québec ;
- e) une coopérative de services financiers réglementée par la *Loi sur les coopératives de services financiers, L.R.Q., ch. C-67.3*, ou la *Loi sur le Mouvement Desjardins, L.Q. 2000, ch. 77* ;
- f) une société d'assurance-vie ou une société d'assurance-vie étrangère à laquelle s'applique la *Loi sur les sociétés d'assurances* ou une société d'assurance-vie réglementée par une loi provinciale ;
- g) une société à laquelle s'applique la *Loi sur les sociétés de fiducie et de prêt* ;
- h) une société de fiducie réglementée par une loi provinciale ;
- i) une société de prêt réglementée par une loi provinciale ;
- j) une entité autorisée aux termes d'une loi provinciale à négocier des titres ou autres instruments financiers, ou à fournir une gestion de portefeuille, des conseils en matière de placements, une administration de fonds ou des services de gestion de fonds ;
- k) une entité qui est présentée ou promue au public comme un mécanisme de placement collectif, un fonds commun de placement, un fonds négocié en bourse, un fonds de capital-investissement, un fonds spéculatif, un fonds de capital-risque, un fonds d'acquisition par emprunt, ou un mécanisme de placement semblable qui est établi afin d'investir ou d'échanger des actifs financiers et qui est géré par une entité mentionnée à l'alinéa j) ci-dessus ;
- l) une entité qui est une chambre ou une agence de compensation et de dépôt ;
- m) un ministère ou un mandataire de l'État ou d'une province qui accepte les passifs-dépôts.

Entité d'investissement

Il existe deux types d'entités qui peuvent être considérées comme une entité d'investissement :

- a) Une entité dont l'entreprise consiste principalement à exercer une ou plusieurs des activités ou opérations suivantes pour un client :
 - i) commerce des instruments du marché monétaire (chèques, billets, certificats de dépôt, instruments dérivés); le marché des changes, les instruments sur devises, taux d'intérêt ou indices; les valeurs mobilières négociables ou marchés à terme de marchandises ;
 - ii) la gestion individuelle ou collective de portefeuille ;
 - iii) des opérations d'investissement, d'administration ou de gestion de fonds ou d'argent pour le compte de tiers
- b) Une entité dont le revenu brut provient principalement des activités d'investissement, de réinvestissement ou des transactions liées aux actifs financiers. L'entité est gérée par une autre entité qui est un établissement de dépôt, un établissement de garde de valeurs, une compagnie d'assurance particulière ou le premier type d'entité d'investissement décrit à l'alinéa a) ci-dessus

Entité non financière passive

Une entité non financière passive est une entité qui :

- a) n'est pas une institution financière ou une entité non financière active ;
- b) est une entité d'investissement décrite à l'alinéa b) de la définition d'entité d'investissement ;
- c) n'est pas une société de personnes étrangère faisant des retenues ni une fiducie étrangère faisant des retenues selon les *Treasury Regulations* des États-Unis

Entité liée

Une entité est considérée comme liée à une entité si une des entités contrôle l'autre ou si les deux entités sont sous un contrôle commun (le « groupe d'entités liées »). Le contrôle désigne la détention directe ou indirecte de ce qui suit :

- a) dans le cas d'une société, plus de 50 % du vote et de la valeur ;
- b) dans le cas d'une fiducie, un intérêt à titre de bénéficiaire dans la fiducie ayant une juste valeur marchande qui est supérieure à 50 % de la juste valeur marchande de l'ensemble des droits à titre de bénéficiaire d'une fiducie ;
- c) dans le cas d'une société de personnes, la participation à titre d'associé de la société de personnes qui lui donne droit à plus de 50 % des revenus ou des pertes de la société de personnes, ou des biens (après avoir déduit les éléments de passif), si la société de personnes devait cesser d'exister ;
- et
- d) dans le cas de deux entités qui sont des entités d'investissement décrites à l'alinéa b) de la définition d'entité d'investissement, on les considère comme des entités liées si elles ont une gestion en commun et que celle-ci doit se soumettre aux obligations de diligence raisonnable pour les entités d'investissement

Personne désignée des États-Unis

Le terme « personne désignée des États-Unis » désigne une personne des États-Unis, à l'exclusion de ce qui suit :

- a) une société dont les actions font l'objet de transactions régulières sur un ou plusieurs marchés boursiers réglementés ;
- b) une société appartenant au même groupe affilié élargi, selon le sens donné au terme « *expanded affiliated group* » à l'article 1471(e)(2) de l'*Internal Revenue Code* des États-Unis, qu'une société écrite à l'alinéa a) ci-dessus ;
- c) les États-Unis ou toute personne morale de droit public appartenant entièrement à ce pays ;
- d) les États des États-Unis et les territoires américains ainsi que leurs subdivisions politiques, et toute personne morale de droit public appartenant entièrement à ces États, territoires ou subdivisions ;
- e) les organisations exonérées d'impôt en vertu de l'article 501(a) de l'*Internal Revenue Code* des États-Unis et les régimes de retraite personnels, au sens donné au terme « *individual retirement plan* » à l'article 7701(a)(37) de ce code ;
- f) les banques, selon le sens donné au terme « *bank* » à l'article 581 de l'*Internal Revenue Code* des États-Unis ;
- g) les fiducies de placement immobilier, selon le sens donné au terme « *real estate investment trust* » à l'article 856 de l'*Internal Revenue Code* des États-Unis ;
- h) les sociétés d'investissement réglementées, selon le sens donné au terme « *regulated investment company* » à l'article 851 de l'*Internal Revenue Code* des États-Unis ou les entités enregistrées auprès de la Securities and Exchange Commission en application de l'*Investment Company Act of 1940* des États-Unis ;
- i) les fonds en fiducie collectifs, selon le sens donné au terme « *common trust fund* » à l'article 584(a) de l'*Internal Revenue Code* des États-Unis ;
- j) les fiducies exonérées d'impôt en vertu de l'article 664(a) de l'*Internal Revenue Code* des États-Unis ou visées à l'article 4947(a)(1) de l'*Internal Revenue Code* des États-Unis ;
- k) les courtiers en valeurs mobilières, en marchandises ou en instruments financiers dérivés (y compris les contrats à principal notionnel, les contrats à terme et les options) qui sont enregistrés comme tels selon des lois des États-Unis ou d'un de ses États ;
- l) les courtiers, selon le sens donné au terme « *broker* » à l'article 6045(c) de l'*Internal Revenue Code* des États-Unis ;
- m) les fiducies exonérées d'impôt en vertu d'un régime visé aux articles 403(b) ou 457(b) de l'*Internal Revenue Code* des États-Unis

Personne des États-Unis

Le terme « personne des États-Unis » désigne :

- a) une personne physique qui est citoyenne ou résidente des États-Unis ;
- b) une société de personnes ou une société constituée aux États-Unis ou selon les lois de ce pays ou d'un de ses États ;
- c) une fiducie si, à la fois
 - i) un tribunal des États-Unis aurait la compétence, selon le droit applicable, de rendre des ordonnances ou des jugements concernant la presque totalité des questions liées à l'administration de la fiducie,
 - ii) une ou plusieurs personnes des États-Unis jouissent d'un droit de contrôle sur toutes les décisions importantes de la fiducie ;
- d) la succession d'une personne décédée qui est citoyenne ou résidente des États-Unis

RAPPORT DU CONSEILLER

1. Qui est à l'origine de cette proposition d'assurance ?
 Vous le (les) titulaire(s) proposé(s) la (les) personne(s) à assurer
2. Êtes-vous (le conseiller) le titulaire, la personne à assurer, le payeur, ou le bénéficiaire de ce contrat? Oui Non
3. Êtes-vous (le conseiller) apparenté aux personnes à assurer ou aux titulaires? Oui Non
 Être apparenté comprend :
 - a) un membre de la famille immédiate;
 - b) une société dont le conseiller ou un membre de sa famille immédiate détient 50 % ou plus de toute catégorie d'action,
 - c) lorsque la conseillère ou le conseiller est doté d'une constitution en personne morale, tous les directeurs, les dirigeants, les employés ou les agents du conseiller, toute société mère, toute filiale ou toute société affiliée

Dans l'affirmative, veuillez fournir les détails ci-dessous

4. Date spéciale requise ?
5. Preuve – Les exigences suivantes ont été commandées :
 Profil sanguin Dossier de conduite Examen paramédical Analyse d'urine Signes vitaux
 Autre (préciser)
 Compagnie de services paramédicaux utilisée (préciser)

6. Déclaration du conseiller :

J'ai expliqué clairement les dispositions et restrictions de la police demandée et, s'il y a lieu, de la note de couverture aux personnes à assurer et aux titulaires proposés. J'ai posé distinctement toutes les questions comprises dans la proposition ou les personnes à assurer et les titulaires proposés les ont lues distinctement. À ma connaissance, ils ont compris toutes les questions. À ma connaissance, toutes les réponses et déclarations figurant dans la proposition ont été transcrites intégralement et correctement. Aucun renseignement pertinent au sujet des personnes à assurer n'a, à ma connaissance, été passé sous silence dans la proposition. Si une police est établie, je ne la délivrerai aux titulaires proposés seulement après avoir obtenu confirmation que toutes les conditions requises pour délivrer le contrat ont été complètement remplies et qu'aucun changement n'est intervenu dans l'assurabilité des personnes à assurer. Il est entendu que je ne suis pas habilité à modifier la proposition, la note de couverture ou les dispositions de la police, si elles sont établies. J'ai rempli mes devoirs et obligations en ce qui a trait à la déclaration du conseiller, et fourni une déclaration du conseiller par écrit aux titulaires proposés.

Date (jj/mm/aaaa)				
Signature du conseiller				
Nom du conseiller				
Nom de la société du conseiller				
Bureau de marketing/AGD				
Part de la commission %	<input style="width: 40px;" type="text"/> %	Code du conseiller attitré	<input style="width: 40px;" type="text"/> %	Code du conseiller
	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>

Veuillez utiliser cet espace pour nous communiquer des directives particulières ou nous fournir tout autre renseignement pertinent à l'évaluation du risque.



Assurances