



**ASSURANCE COLLECTIVE
FORMULAIRE DE JUSTIFICATION D'ASSURABILITÉ**

Veillez répondre à toutes les questions applicables ; tout changement apporté ultérieurement à une réponse doit être paraphé par l'employé. Une fois rempli, le formulaire doit être signé et daté pour être validé.

IMPORTANT :

L'employé doit être résident permanent du Canada et avoir la citoyenneté canadienne ou avoir le statut de résident permanent ; il doit être un employé admissible du titulaire de la police et être en service actif, au sens de la police d'assurance collective, à la date de signature du présent formulaire de justification d'assurabilité.

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYER (l'administrateur du régime doit remplir cette section) :

MOTIF DE PRÉSENTATION D'UNE JUSTIFICATION D'ASSURABILITÉ PAR L'EMPLOYÉ :

- Nouvel employé – Admissible à un montant supérieur à la limite sans justification d'assurabilité
- Assurance vie facultative
- Ajout d'un personne à charge
- Employé actuel – Admissible à une augmentation au-delà de la limite sans justification d'assurabilité
- Proposition tardive
- Autre : _____

Nom de la compagnie : _____ Numéro de la police collective : _____

Adresse postale du siège social : _____ Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone de la compagnie : (____) _____ Personne autorisée : _____

Type de facturation : Géré par l'assureur Autogéré

Administré par un tiers - Nom du tiers administrateur : _____

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (l'employé doit remplir cette section) :

Nom complet : Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Date de naissance (doit avoir entre 18 et 64 ans pour être admissible) : _____ Sexe : M F
(jour/mois/année)

Date d'emploi : _____ Profession : _____ Revenu annuel : _____ \$
(jour/mois/année)

Nom et adresse du médecin de famille : _____

Conjoint à charge admissible (si une assurance vie facultative du conjoint est demandée) :

Nom complet : Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Date de naissance (doit avoir entre 18 et 64 ans pour être admissible) : _____ Sexe : M F
(jour/mois/année)

Nom et adresse du médecin de famille (s'il est différent de celui de l'employé) : _____

Enfant(s) à charge admissible(s) (si une assurance vie facultative pour personne à charge est demandée) :

Prénom (Indiquer le nom de famille s'il est différent de celui de l'employé)	Sexe	Date de naissance (jour/mois/année)	Taille (cm ou pi/po)	Poids (kg ou lb)
1 _____				
2 _____				
3 _____				

SECTION 3 : MONTANT D'ASSURANCE

Employé

Assurance vie collective de base : Montant en vigueur : _____ \$ Montant demandé : _____ \$

Assurance vie collective facultative : Montant en vigueur : _____ \$ Montant demandé : _____ \$

Assurance invalidité de longue durée : Montant en vigueur : _____ \$ Montant demandé : _____ \$

Assurance vie collective facultative

Conjoint admissible

Montant en vigueur : _____ \$

Montant demandé : _____ \$

Enfant(s) admissible(s)

Montant en vigueur : _____ \$

Montant demandé : _____ \$

SECTION 4 : QUESTIONS SUR LA SANTÉ ET LE MODE DE VIE L'employé et/ou le conjoint doivent répondre à toutes les questions suivantes. Pour toute réponse affirmative (oui) à ces questions, veuillez encercler l'affection concernée et fournir des précisions dans l'espace prévu à cette fin à la page 3, en prenant soin d'indiquer les dates, durées, traitements, résultats et noms des médecins traitants.	Employé	Conjoint (le cas échéant)
<p>1. Avez-vous déjà eu des signes que vous étiez atteint d'une des affections suivantes, ou vous a-t-on déjà dit que vous étiez atteint d'une de ces affections ou encore avez-vous déjà reçu un traitement ou des conseils médicaux pour l'une de ces affections ?</p> <p>A : tension artérielle anormale, douleur thoracique, crise cardiaque, phlébite, ou toute autre affection ou trouble cardiaque ou des vaisseaux sanguins ?</p> <p>Dans l'affirmative, fournir les précisions suivantes : Date du premier signalement de la tension artérielle _____ Traitement : <input type="checkbox"/> Régime alimentaire <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Autre _____ Durée du traitement : _____ Traitement encore en vigueur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous passé des examens spéciaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez préciser le nom des examens, les dates et les résultats. Avez-vous des résultats récents ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, précisez les résultats :</p> <p>B : troubles gastro-intestinaux, ulcère, jaunisse, diarrhée chronique, troubles ou affection de la vésicule biliaire ou du foie, hépatite ou autre affection gastrique, intestinale ou du rectum ?</p> <p>Dans l'affirmative, fournir les précisions suivantes : <input type="checkbox"/> Ulcère <input type="checkbox"/> Autre : _____ Date de la première crise : _____ Nombre de crises : _____ Traitement <input type="checkbox"/> Noms des médicaments : _____ <input type="checkbox"/> Chirurgie – date : _____ Avez-vous des symptômes actuellement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Suivez-vous un traitement actuellement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>C : asthme, bronchite, emphysème, tuberculose ou autres affections respiratoires ?</p> <p>D : urines anormales, maladie transmissible sexuellement ou affection du foie, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux ?</p> <p>E : arthrite, douleurs dorsales ou cervicales, disque hernié, problème de genou, traumatisme cervical, amputation ou affection, blessure ou difformité de la colonne vertébrale, des articulations, des os ou des muscles, notamment le rhumatisme musculaire ou la fibromyalgie ?</p> <p>En cas de problèmes au niveau dorsal <input type="checkbox"/> ou cervical <input type="checkbox"/>, indiquez : Avez-vous dû arrêter de travailler ? <input type="checkbox"/> Oui : Date et durée : _____ <input type="checkbox"/> Non Traitement <input type="checkbox"/> Noms des médicaments : _____ <input type="checkbox"/> Chirurgie – Date : _____ <input type="checkbox"/> Chiropractie ou <input type="checkbox"/> Autre - Précisez : _____</p> <p>F : épilepsie, paralysie, accident cérébrovasculaire, céphalées récurrentes ou tout autre affection au niveau cérébral ou du système nerveux ?</p> <p>G : troubles nerveux, anxiété, dépression ou toute affection imputable au stress ?</p> <p>H : diabète, trouble de la thyroïde ou tout autre trouble des glandes ?</p> <p>I : cancer, kyste, tumeur ou affection de la peau ?</p> <p>J : anémie, leucémie ou toute autre affection du sang ou des ganglions ?</p> <p>K : affection ou trouble des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Avez-vous déjà eu des signes que vous étiez atteint d'une des affections suivantes, ou vous a-t-on déjà dit que vous étiez atteint d'une de ces affections ou encore avez-vous déjà reçu un traitement ou des conseils médicaux pour l'une de ces affections : SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), para-SIDA (syndrome apparenté au SIDA), ou toute autre maladie immunologique, ou avez-vous déjà eu des résultats positifs à un test sanguin de dépistage des anticorps du VIH (virus d'immunodéficience acquise) ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>3A : Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été examiné par un médecin ou avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé, avez-vous reçu des conseils médicaux, un traitement ou des médicaments, ou avez-vous été hospitalisé pour tout affection ou trouble non inclus dans la question numéro 1 ci-dessus ?</p> <p>B : Vous a-t-on déjà recommandé des tests, un traitement, un examen ou une consultation qui n'a pas encore eu lieu, ou ressentez-vous un autre symptôme, malaise ou trouble de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un professionnel de la santé ?</p> <p>C : Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous souffert d'une affection ou subi une blessure ayant entraîné un arrêt de travail pendant dix (10) jours consécutifs ou plus ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>

SECTION 5 : DÉCLARATION

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Je déclare par la présente que les réponses et déclarations fournies dans ce formulaire de justification d'assurabilité sont, pour autant que je sache, complètes et véridiques, en date d'aujourd'hui et que toute fausse déclaration ou omission de renseignements pourraient entraîner l'annulation de mon assurance. Je comprends qu'elles sont essentielles à l'appréciation du risque et qu'elles font partie de la proposition et de l'évaluation de l'assurance demandée. Je comprends aussi que si l'assurance demandée entre en vigueur, elle sera assujettie aux modalités de la police collective.

Signature de l'employé : _____ **Date :** _____

DÉCLARATION DU CONJOINT (le cas échéant) :

Je déclare par la présente que les réponses et déclarations fournies dans ce formulaire de justification d'assurabilité sont, pour autant que je sache, complètes et véridiques, en date d'aujourd'hui et que toute fausse déclaration ou omission de renseignements pourraient entraîner l'annulation de mon assurance. Je comprends qu'elles sont essentielles à l'appréciation du risque et qu'elles font partie de la proposition et de l'évaluation de l'assurance demandée. Je comprends aussi que si l'assurance demandée entre en vigueur, elle sera assujettie aux modalités de la police collective.

Signature du conjoint : _____ **Date :** _____

SECTION 6 : AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS

J'autorise la Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs (ci-après appelés collectivement « RBC Vie ») à recueillir des renseignements personnels me concernant et, au besoin, à informer des tiers que je lui présente une demande d'assurance.

J'autorise les personnes, les institutions et les organismes énumérés ci-dessous à divulguer et à fournir à RBC Vie tout renseignement, dossier ou autre donnée me concernant ou concernant mes antécédents médicaux ou traitements, mon revenu passé et actuel, mon emploi, qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité, et je leur demande de le faire.

Personnes ou organismes à qui la présente autorisation s'applique : tout médecin, infirmier et infirmière, conseiller, psychologue, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de la réadaptation ou de la santé, tout hôpital, toute clinique ou pharmacie, ou autre établissement médical ou prestataire de soins de santé ou de traitements, le régime d'assurance-maladie provincial, toute compagnie d'assurance ou autre institution financière, ou courtier d'assurance ou administrateur, mon employeur actuel, mes anciens employeurs et tout mandataire exécutant pour eux des services liés aux avantages sociaux, tout ministère ou organisme fédéral ou provincial, y compris la CAT/CSST et les autorités chargées de l'impôt fédéral et provincial sur le revenu ainsi que toute autre personne, organisme ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant, ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux, ou mes emplois et revenus actuels et passés.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçus par RBC Vie en vertu de la présente autorisation sera utilisé pour établir ma couverture au titre de la police d'assurance collective offerte par mon employeur (évaluation du risque), pour administrer la ou les polices d'assurance collective offertes par mon employeur ou pour évaluer mon droit à indemnisation.

J'autorise RBC Vie à divulguer lesdits renseignements, dossiers et données reçus, dans la mesure raisonnablement nécessaire aux fins visées, à d'autres compagnies d'assurance ou à tout réassureur, à mon employeur, ses courtiers ou conseillers en assurance, ou aux administrateurs de son régime, ou à toute autre personne ou entreprise employés ou engagés par RBC Vie.

Si cette proposition est remplie au nom de mes personnes à ma charge, j'ai l'autorisation de divulguer les renseignements les concernant aux fins d'évaluation du risque à assurer, de l'administration du régime, de l'évaluation du droit à indemnisation. J'atteste que RBC Vie est autorisée à me divulguer les renseignements concernant cette proposition, aux fins d'évaluer cette proposition et d'administrer mon régime d'avantages sociaux.

Une photocopie de cette autorisation est valide au même titre que l'original et demeure valide pendant toute la durée de ma couverture au titre de l'assurance collective offerte par mon employeur.

Signature de l'employé : _____ **Date :** _____

Signature du conjoint (le cas échéant) : _____ **Date :** _____

COLLECTE ET UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Collecte des renseignements personnels

Nous (la Compagnie d'assurance vie RBC) pouvons, à l'occasion, recueillir des renseignements au sujet de l'employeur et des employés (collectivement, « les clients »), tels que :

- des renseignements permettant d'établir l'identité (par exemple, nom, adresse postale, numéro de téléphone, date de naissance, etc.) et les antécédents personnels ;
- des renseignements découlant de la relation avec nous ;
- des renseignements communiqués au cours du processus de proposition et de règlement pour n'importe lequel des 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 l'employeur ou de l'employé, 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 et des rapports sur le dossier du conducteur. Les renseignements sur la santé ne seront pas partagés avec l'employeur sans le consentement de l'employé..

Utilisation des renseignements personnels

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

- vérifier l'identité et examiner les antécédents personnels de l'employeur et de l'employé ;
- établir et renouveler les produits et services d'assurance qui peuvent être demandés ;
- évaluer le risque d'assurance et traiter les demandes de règlement ;
- mieux comprendre la situation de nos clients sur le plan de l'assurance ;
- déterminer l'admissibilité aux produits et services de RBC Assurances® ;
- nous aider à mieux comprendre les besoins actuels et futurs de nos clients ;
- communiquer à nos clients tout avantage, toute caractéristique et toute information au sujet des produits et services d'assurance de RBC Assurances qui sont détenus chez nous ;
- nous aider à mieux gérer nos affaires et notre relation avec nos clients ; 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 services 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, et (ii) pour nous conformer aux demandes d'information valables vous concernant en provenance des autorités de contrôle, des organismes de l'État, des organismes publics ou d'autres entités habilitées à soumettre de telles demandes.

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

Droits d'accès aux renseignements personnels

Nos clients peuvent, en tout temps, accéder aux renseignements personnels que nous détenons à leur 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 ou pour nous poser des questions sur notre politique de protection des renseignements personnels, l'employé peut, 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

Télécopieur : 905 813-4816

Nos politiques en matière de confidentialité

Nos clients peuvent obtenir de plus amples renseignements sur notre politique de protection des renseignements personnels en demandant un exemplaire de la publication « L'essentiel sur la protection de la vie privée des clients® », en téléphonant au numéro sans frais indiqué ci-dessus ou en consultant notre site Web, à l'adresse www.rbc.com/privee.

® Marques déposées de la Banque Royale du Canada, utilisées sous licence.