

**DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ –
DÉCLARATION DU DEMANDEUR**

- Indemnité hebdomadaire
en cas d'accident/association : N° de police : _____
- Invalidité de courte durée : N° de police : _____
- SAS-ICD : N° de police : _____

RENSEIGNEMENTS SUR VOUS

M. M^{me} M^{lle} D'/D^{re} Autre _____ Date de naissance _____ (JJ/MM/AAAA) Homme Femme

Nom de famille _____ Prénom _____ Deuxième prénom _____

Adresse (app., rue, ville, province, code postal) _____

Numéro d'assurance sociale _____ Numéro de Téléphone à domicile : _____ Numéro de téléphone cellulaire : _____

() () ()

PRÉCISIONS SUR VOTRE DEMANDE DE PRESTATIONS

- Dernier jour de travail ? _____ (JJ/MM/AAAA)
 - Quelle est la date à laquelle vous n'avez pas pu travailler pour la première fois ? _____ (JJ/MM/AAAA)
 - Ce jour-là, avez-vous travaillé toute la journée ? Oui Non
Si « Non », veuillez donner de précisions : _____
 - Quel est le motif de l'arrêt de travail ? _____
- Décrivez les symptômes dont vous souffrez actuellement et qui vous empêchent de travailler (y compris la date à laquelle les symptômes sont apparus pour la première fois) _____
- Votre affection est-elle attribuable à un accident ? Oui Non
Si « Oui », lieu de l'accident : à la maison au travail ailleurs
- Circonstances : _____
- Date de l'accident : _____ (JJ/MM/AAAA) Heure : _____ (format 24 h)
- Date de retour au travail ou date prévue de retour au travail : _____
Retour à temps plein (JJ/MM/AAAA) Retour à temps partiel (JJ/MM/AAAA)

AUTRE FORMES DE REMPLACEMENT DU REVENU ET AUTRES ASSURANCES

1. Avez-vous présenté une demande de prestations d'invalidité ou recevez-vous un revenu d'une autre source ?
(p. ex., CAT/CSST, assurance invalidité ou automobile, revenu d'emploi) Oui Non Si « Oui », remplissez le tableau suivant :

Source de revenu	Oui/Non	Numéro de police	Montant hebdomadaire/mensuel	Date de présentation de la demande	État	Début des paiements	Fin des paiements
Assurance emploi							
Prestations versées par la CAT/CSST							
Assurance automobile							
RPC/RRQ							
Autre (précisez) :							

(Joindre une copie de toute la correspondance pertinente, y compris le rapport d'accident)

VOTRE TRAITEMENT

- Date du premier traitement par un médecin pour cette affection : _____ (JJ/MM/AAAA)
- Si vous avez été hospitalisé : Date d'admission : _____ (JJ/MM/AAAA) Date de sortie : _____ (JJ/MM/AAAA)
- Veuillez donner le nom de tous les professionnels de la santé que vous avez consultés, au cours des deux dernières années, notamment votre médecin de famille actuel, vos médecins consultants, vos physiothérapeutes, vos chiropraticiens, vos psychologues et vos thérapeutes, en commençant par le plus récent. Énumérez tout autre professionnel de la santé sur une feuille séparée.

Médecin/professionnel de la santé _____ Spécialité : _____
Adresse (rue, ville, province, code postal) _____

N° de téléphone _____ N° de télécopieur _____ Date des consultations (JJ/MM/AAAA) _____
() ()

Traitement _____

Médecin/professionnel de la santé _____ Spécialité : _____
Adresse (rue, ville, province, code postal) _____

N° de téléphone _____ N° de télécopieur _____ Date des consultations (JJ/MM/AAAA) _____
() ()

Traitement _____

Médecin/professionnel de la santé _____ Spécialité : _____
Adresse (rue, ville, province, code postal) _____

N° de téléphone _____ N° de télécopieur _____ Date des consultations (JJ/MM/AAAA) _____
() ()

Traitement _____

AVIS RELATIF À LA FRAUDE

Toute personne qui présente sciemment une déclaration du demandeur contenant des renseignements faux ou mensongers est passible de poursuites criminelles ou civiles.

Je soussigné(e), _____, déclare que les renseignements ci-dessus sont, à ma
(nom en caractères d'imprimerie)
connaissance, véridiques et complets.

Date _____ Signature du demandeur _____
(JJ/MM/AAAA)

AUTORISATION

J'autorise la compagnie (la compagnie s'entend de la Compagnie d'assurance vie RBC, des Services d'assurance RBC Inc., ainsi que de leurs réassureurs) à mener les enquêtes nécessaires, à recueillir des renseignements personnels me concernant et, au besoin, à informer toute tierce partie du fait que j'ai présenté une demande de prestations à la compagnie. Il est entendu que la compagnie établira et gardera un dossier contenant des renseignements personnels à mon sujet. Il est également entendu que l'accès aux renseignements personnels me concernant sera limité aux employés de la compagnie et aux autres personnes engagées 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.

De plus, il est entendu que, sauf lorsque la compagnie a le droit de limiter mon accès aux renseignements personnels me concernant et qu'elle le fait également, je serai autorisé(e) à étudier les copies des documents contenant les renseignements personnels me concernant que la compagnie a en sa possession, sous réserve du paiement de frais de reproduction raisonnables. Il est également entendu que je pourrai demander à consulter ces documents et à signaler et faire corriger toute erreur contenue dans ces renseignements personnels, en présentant par écrit à la compagnie une demande à cet effet, adressée à l'employé chargé du traitement de ma demande de prestations.

Si je me sers ou si je demande à la compagnie de se servir de moyens de communication électroniques qui ne sont pas chiffrés, notamment des communications par télécopieur ou par courriel, il est entendu que i) la sécurité, la protection et la confidentialité ne peuvent être assurées, ii) ce moyen de communication n'est pas fiable et le message pourrait ne pas parvenir au destinataire à temps, voire pas du tout, iii) un tel message est susceptible d'être intercepté, perdu ou altéré ; et iv) j'assume l'entière responsabilité des risques liés à ces moyens de communication et la compagnie ne pourra être tenue responsable de ces moyens de communication de quelque manière que ce soit, notamment de tout accès non autorisé, de toute interception, de toute perte ou de toute altération.

Votre autorisation de divulguer des renseignements personnels

J'autorise les personnes, les institutions et les organisations énumérées ci-dessous à divulguer et à fournir à la compagnie tout renseignement, dossier ou autre donnée me concernant ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux, mon revenu passé et actuel, mon emploi, mes études ou ma formation qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité et je les charge de le faire.

Personnes à qui la présente autorisation s'applique : Tout médecin, infirmier, conseiller, psychologue, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de la réadaptation ou de la santé ; tout hôpital, toute clinique ou pharmacie, ou tout autre établissement médical ou fournisseur de soins de santé ou de traitements ; régime d'assurance-maladie provincial, toute compagnie d'assurances ou autre institution financière ou tout courtier ou responsable d'assurances ; mon employeur ou ancien employeur et tout mandataire exécutant pour eux des services liés aux avantages sociaux des employés ou à l'indemnisation des accidents du travail ; tout ministère ou tout organisme du gouvernement fédéral ou provincial, y compris la CAT et la CSST, les responsables des prestations d'invalidité et de retraite du RRQ/RPC et les autorités chargées de l'impôt fédéral et provincial sur le revenu ; toute autre personne, agence, agence d'évaluation du crédit ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux, mon revenu passé et actuel, mon emploi, mes études ou ma formation.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée que la compagnie reçoit en vertu de la présente autorisation, qu'il s'agisse de renseignements médicaux ou non, sera utilisé pour établir ma couverture au titre de la police, évaluer mon droit à indemnisation et ma capacité de reprendre le travail, coordonner mon retour au travail, administrer la ou les polices d'assurance invalidité individuelles ou collectives (y compris les polices d'assurance vie, invalidité, et mutilation et décès accidentels) offertes par mon employeur, au titre desquelles ma demande de prestations est présentée, fournir régulièrement à mon employeur de l'information concernant l'état de la demande, recouvrer tout trop-perçu, s'il y a lieu, ou respecter ses obligations légales (ou celles de RBC Groupe Financier) sur les vérifications, la lutte anti-blanchiment, le financement du terrorisme, la fraude et autres activités criminelles. Dans la mesure raisonnable et nécessaire à ces fins, j'autorise la compagnie à divulguer n'importe lequel desdits renseignements, dossiers et données à d'autres compagnies d'assurances ou à tout réassureur, à mon employeur et à ses courtiers d'assurances, à ses conseillers ou aux administrateurs de son régime d'assurances collectives, à mes médecins ou fournisseurs de soins de santé, ou à toute autre personne ou entreprise (y compris les médecins, professionnels de la santé, employés en réadaptation, conseillers en rééducation professionnelle) employée ou embauchée par la compagnie.

J'autorise également la compagnie à recueillir, utiliser ou divulguer, au besoin, mes renseignements personnels pour toute demande de prestations antérieure ou ultérieure.

J'autorise également la compagnie à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins des déclarations fiscales, aux fins requises par le RRQ/RPC, aux fins d'identification de mon dossier d'assurance lorsque le titulaire d'une police d'assurance ILD/ESG collective l'exige, ainsi que pour obtenir des renseignements auprès des autorités fiscales fédérales et provinciales.

La présente autorisation n'a pas de date d'expiration. Elle demeure valide tant que je reçois des prestations ou des services de la compagnie et tant que la compagnie procède au recouvrement de tout trop-perçu, s'il y a lieu, que les prestations soient versées ou non, ou que l'une ou l'autre des parties considère qu'il y a eu rupture de contrat. Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, a la même valeur que l'original.

X _____
Signature du demandeur

Date: _____
(JJ/MM/AAAA)

Name du demandeur (en caractères d'imprimerie)

Numéro d'assurance sociale : _____

X _____
Signature du témoin

Date: _____
(JJ/MM/AAAA)

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

FAITES PAR VENIR LA FORMULE PAR LA POSTE :

Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes
C.P. 4435, Succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8. Téléc. : 1 800 714-8861
Si vous avez des questions, composez le 1 877 519-9501 ou 416 643-4700



Déclaration de l'employeur/l'assureur

Nom de l'entreprise _____ S'il s'agit d'une société affiliée, d'une filiale, d'une succursale ou d'une société membre, précisez son nom _____

Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal) _____ N° de téléphone () _____

Personne-ressource _____ N° de téléphone () _____ N° de télécopieur () _____

Courriel de la personne-ressource _____

Nom de l'employé _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____ N° de participant _____

Date d'embauche (JJ/MM/AAAA) _____ Date d'effet de l'assurance (JJ/MM/AAAA) _____

Titre du poste de l'employé _____

Quelle était la profession de l'employé au début de l'invalidité et depuis combien de temps occupait-il son poste? _____ employé permanent employé à temps partiel autre (précisez) _____

Dressez la liste de ses tâches ou joignez une copie de la description de poste _____

Quelles sont les heures de travail habituelles d'une journée normale, exclusion faite des heures supplémentaires ? De _____ h à _____ h (format 24 h)

Veuillez fournir l'horaire moyen d'une semaine complète de travail ou d'un cycle de travail, en précisant le nombre d'heures de travail par jour:

	D	L	M	M	J	V	S
Heurs							

Le cycle se répète-t-il ? Oui Non

Nombre moyen d'heures de travail par semaine : _____

Inscrivez «0» les jours où le demandeur ne travaille pas

L'employé a-t-il été mis à pied ? Oui Non Si « Oui », quand ? _____ (JJ/MM/AAAA)

L'employé a-t-il été rappelé ? Oui Non Si « Oui », quand ? _____ (JJ/MM/AAAA)

L'employé a-t-il quitté son emploi ? Oui Non Si « Oui », quand ? _____ (JJ/MM/AAAA)

Dernier jour de travail (JJ/MM/AAAA) _____ Date de retour au travail ou date prévue de retour au travail _____
Date de retour à temps plein (JJ/MM/AAAA) _____ Date de retour à temps partiel (JJ/MM/AAAA) _____

Salaire normal avant l'invalidité : \$ _____ (joindre des pièces justificatives des revenus) Revenu assurable au titre de l'AE au dernier jour de travail : _____ \$
 Horaire Hebdomadaire Mensuel Annuel

Offrez-vous un programme de retour au travail pour faciliter le retour au travail anticipé ? Oui Non Si « Oui », précisez : _____

Décrivez les mesures d'adaptation qui pourraient être envisagées pour ce poste : _____

(Dans le cas d'un accident du travail, veuillez joindre une copie du rapport d'accident.)

SIGNATURE

Je soussigné(e), _____, déclare que les renseignements ci-dessus sont, à ma connaissance, véridiques et complets.
(nom en caractères d'imprimerie)

X _____
Signature du représentant du service des avantages sociaux _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

_____ () _____
Titre du poste _____ N° de téléphone _____

_____ () _____
Courriel _____ N° de télécopieur _____

FAITES PAR VENIR LA FORMULE PAR LA POSTE :

Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes
C.P. 4435, Succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8. Téléc. : 1 800 714-8861
Si vous avez des questions, composez le 1 877 519-9501 ou 416 643-4700



DÉCLARATION DU MEDECIN TRAITANT

CE QUE NOUS DEMANDONS ET POURQUOI

Votre patient a présenté une demande de prestations d'invalidité au titre d'une police d'assurance invalidité.

Comme vous le savez sans doute, les renseignements que vous nous fournissez sont essentiels à l'évaluation de la demande de votre patient. Nous sollicitons votre collaboration afin d'obtenir des renseignements appropriés sur le diagnostic, les signes et les symptômes, ainsi que des précisions à l'égard des limitations et des restrictions de votre patient.

Nous vous demandons de remplir attentivement la Déclaration du médecin traitant. Soyez assuré que les renseignements fournis, notamment les dossiers médicaux demandés, sont essentiels à l'évaluation de la demande de votre patient et qu'ils seront traités sous le sceau de la confidentialité.

La Compagnie d'assurance vie RBC a besoin d'une copie du dossier complet pendant la période de traitement de l'affection, notamment les rapports de consultation de spécialistes, les notes de médecin, les résultats de test, les résumés à l'entrée à l'hôpital, les résumés à la sortie de l'hôpital, et les rapports médicaux rédigés pour d'autres assureurs au sujet de votre patient. Elle est disposée à vous verser des honoraires de 50 \$ afin de rembourser le coût des photocopies. Si cette somme est insuffisante compte tenu de la taille du dossier de votre patient, demandez à un membre de votre personnel de communiquer avec nous au 416 643-4700 ou au numéro sans frais 1 877 519-9501. **Veillez noter toutefois qu'il incombe au patient de payer les honoraires que vous exigez pour remplir la présent formulaire.**

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de famille _____ Prénom _____ Deuxième prénom _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____ Taille (po/cm) _____ Poids (lb/kg) _____

DIAGNOSTIC

1. a) Diagnostic principal : (pour un diagnostic psychiatrique, indiquez le code DSM-IV-TR y compris tous les axes / pour un diagnostic cardiaque, indiquez la classe fonctionnelle cardiaque et la tension artérielle lors de la dernière visite)

b) Diagnostic secondaire : (y compris les complications)

c) Symptômes actuels :

d) Observations cliniques : (précisez le nom des examens objectifs, la date des examens et les résultats)

e) Si l'affection est attribuable à une grossesse, quelle est la date prévue de l'accouchement ? (JJ/MM/AAAA) _____

2. Date: _____
Première apparition des symptômes (JJ/MM/AAAA) Première consultation a ce sujet (JJ/MM/AAAA) Arrêt de travail du patient (JJ/MM/AAAA)

3. Votre patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection similaire ? Oui Non Si « Oui », précisez :

4. L'affection du patient est-elle le résultat d'un accident ou d'une maladie d'ordre professionnel ? Oui Non Inconnu

DÉCLARATION DU MEDECIN TRAITANT - Suite

TRAITEMENT

5. a) Le patient a-t-il été hospitalisé ? Oui Non Si « Oui », précisez :

Nom de l'hôpital

Hospitalisé du (JJ/MM/AAAA) au (JJ/MM/AAAA)

Nom de l'hôpital

Hospitalisé du (JJ/MM/AAAA) au (JJ/MM/AAAA)

b) Le patient a-t-il subi une intervention chirurgicale en raison de son affection ? Oui Non Si « Oui », précisez :

Nom de l'hôpital

Date de l'intervention ou des interventions (JJ/MM/AAAA)

6. Médicaments actuellement administrés :

Nom du médicament

Posologie

Date de l'ordonnance (JJ/MM/AAAA)

Nom du médicament

Posologie

Date de l'ordonnance (JJ/MM/AAAA)

Nom du médicament

Posologie

Date de l'ordonnance (JJ/MM/AAAA)

7. Fréquence des consultations Hebdomadaire Mensuelle Autre (précisez) _____

8. a) Vous jugez que le patient est guéri l'état du patient s'est amélioré
 l'état du patient est inchangé l'état du patient s'est détérioré

b) Le patient peut marcher doit rester à la maison doit rester alité doit être hospitalisé

9. a) Quelles sont les restrictions du patient (les activités que le patient NE DEVRAIT PAS accomplir) ?

b) Quelles sont les limitations du patient (les activités que le patient NE PEUT PAS accomplir) ?

10. Quel est votre pronostic ?

a) Guérison sans déficience (perte de fonction) Nombre de semaines _____

b) Stabilisation avec déficience continue Nombre de semaines _____

c) Déficience permanente

d) Remarques :

e) Le patient est-il un bon candidat pour une tentative de retour au travail ?
À son propre poste ? Oui Non
À un autre poste ? Oui Non

Nota : Veuillez fournir toute Remarque ou précision que vous croyez pertinente.

SIGNATURE

X _____
Signature

Date (JJ/MM/AAAA)

Diplôme et spécialité

Nom du médecin

Soins primaires Médecin-conseil

Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal)

N° de téléphone

()

N° de télécopieur

()

FAITES PAR VENIR LA FORMULE PAR LA POSTE :

Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes

C.P. 4435, Succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8. Téléc. : 1 800 714-8861

Si vous avez des questions, composez le 1 877 519-9501 ou 416 643-4700

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

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 et date de naissance) 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 ;
- 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, de 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 ;
- 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. Il nous arrive aussi de transmettre ces renseignements à votre employeur si vous avez souscrit une police d'assurance collective, au cas où ils s'avèreraient nécessaires pour les services que nous vous procurons. Nous ne communiquons pas à votre employeur les renseignements pertinents à votre état de santé sans votre consentement.

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

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 ou pour nous poser des questions sur notre politique de protection des renseignements personnels, vous pouvez communiquer avec nous en tout temps, au 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

Vous pouvez 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.