



FICHE D'ADHÉSION COLLECTIVE

**(INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE, INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE,
VIE, DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS, VIE FACULTATIVE)**

SECTION DE L'EMPLOYEUR (À remplir par l'employeur)

Nom de l'employeur	Police(s) n ^o (s)	Div. de facturation	Catégorie n ^o	<input type="checkbox"/> Nouveau proposant <input type="checkbox"/> Remise en vigueur
Profession/Titre	Date du début de l'emploi à temps plein JJ MM AAAA	Rémunération _____ \$	<input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/> hebdo. <input type="checkbox"/> mens. <input type="checkbox"/> ann.	Nombre d'heures travaillées par semaine

SECTION DE L'EMPLOYÉ (À remplir par l'employé)

Nom de l'employé	Date de naissance JJ MM AAAA	Province de résidence	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom de famille	Prénom	Second prénom	JJ MM AAAA	
Avez-vous des personnes à charge? <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant(s)			Nota : Les enfants doivent soit avoir moins de 21 ans et/ou non plus de 25 ans s'ils sont des étudiants admissibles à temps plein.	
			Conjoint(e) - Date de naissance JJ MM AAAA	

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE (À remplir par l'employé)

Pour désigner plus d'un bénéficiaire ou pour désigner un bénéficiaire subsidiaire, consultez l'administrateur de votre régime.

S'applique à l'assurance-vie et DMA.

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom	Second prénom	%	Lien de parenté
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Si aucune des personnes ci-dessus n'est vivante, veuillez payer :

POUR LES RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT :
La désignation d'un(e) conjoint(e) comme bénéficiaire est irrévocable à moins que vous ne la rendiez révoquant en cochant cette case.
RÉVOCABLE

SECTION CONCERNANT L'ASSURANCE-VIE FACULTATIVE SEULEMENT

(À remplir par l'employé) Veuillez joindre un Formulaire de preuve d'assurabilité lorsque vous déposez votre proposition d'assurance.

Montant d'assurance demandé :	vous : _____ \$	votre conjoint(e) : _____ \$	chaque enfant : _____ \$	Avez-vous fait usage de tabac dans les 12 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-------------------------------	-----------------	------------------------------	--------------------------	---

Par la présente, je dépose une proposition d'assurance collective à laquelle je suis présentement admissible ou à laquelle je pourrais ultérieurement être admissible et j'autorise mon employeur à déduire les cotisations requises, s'il y a lieu, de ma rémunération.

J'accepte que toute assurance établie à la suite de cette proposition prendra effet le jour où je commence activement à travailler à temps plein, ou le jour où je reprendrai le travail à temps plein, sur approbation de la Compagnie et conformément à toute période probatoire pertinente au régime de mon employeur. La Compagnie ne sera aucunement responsable de toute demande de règlement présentée avant la date d'effet de l'assurance. Veuillez lire notre Déclaration sur la protection de la vie privée au verso du présent formulaire.

Signature de l'employé _____ Date (jj/mm/aaaa) _____

À usage de notre bureau seulement	Code de profession	Date de réception JJ MM AAAA	Date d'effet JJ MM AAAA	Certificat(s) n ^o (s)	Approuvé par :
-----------------------------------	--------------------	-------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	----------------

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/privée.