

**DIRECTIVES DE L'EMPLOYEUR**

- ❶ Envoyer la déclaration du demandeur au bénéficiaire pour qu'il la remplisse et vous la retourne.
Compléter la déclaration de l'employeur.

Ces formulaires représentent la demande de règlement. Des omissions ou erreurs peuvent causer un retard. De la documentation supplémentaire peut être demandée par **RBC Assurances®** lors de l'évaluation de ces formulaires.

- ❷ Envoyer ces documents à RBC Assurances au :
C.P. 4435, Succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5Y8
Tél. 416-643-4700
Sans frais 1-877-519-9501
Télééc. 1-800-714-8861

- Déclaration de l'employeur.
- Déclaration du demandeur.
- Le formulaire d'adhésion initial et tout formulaire de changement de bénéficiaire.
- Si le bénéficiaire est la succession de la personne assurée, une copie de l'acte de désignation nommant l'exécuteur, l'administrateur ou un représentant personnel.

- ❸ Pour toutes les demandes de règlement de décès accidentels :

Fournir une déclaration du médecin dûment remplie.

Pour les montants d'assurance-vie jusqu'à 50 000 \$:

Fournir une copie de la déclaration du directeur funéraire ou une déclaration dûment remplie du médecin.

Pour les montants d'assurance-vie de plus de 50 000 \$:

Fournir une copie du certificat de décès ou une déclaration du médecin dûment remplie.



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE-VIE/DE DÉCÈS ACCIDENTEL DÉCLARATION DU DEMANDEUR

1. Mon nom complet est : _____ Date de naissance : _____
(JJ/MM/AAAA)

Adresse : _____
App. Rue Ville Province Code postal

Je fais une demande de règlement en ma qualité de _____ en vertu de la/des police(s) n° _____
(indiquer soit bénéficiaire, administrateur, tuteur, fiduciaire ou cessionnaire)

souscrite(s) à _____ maintenant décédé. N.A.S du bénéficiaire

--	--	--

--	--	--

--	--	--

2. Quelle était votre relation avec le défunt? _____ Quelle était la date de naissance du défunt? _____
(JJ/MM/AAAA)

3. Le défunt a été blessé le _____ et est décédé le _____
(JJ/MM/AAAA) (JJ/MM/AAAA)

4. Le décès est-il le résultat d'un accident? Oui Non Si "Oui," veuillez le décrire : _____

5. Quand et où le défunt a-t-il été suivi par un médecin pour la première fois en relation avec cette demande de règlement? _____

6. Faites une liste de tous les médecins et hôpitaux où un traitement a été fait dans les cinq dernières années :
Nom du médecin/de l'hôpital Adresse Dates de consultation

7. Le défunt avait-il une autre assurance-vie au moment du décès? Oui Non Si "Oui," veuillez donner le nom des assureurs et des montants assurés :

AVIS RELATIF À LA FRAUDE

Toute personne qui remplit sciemment un formulaire de déclaration du demandeur renfermant des renseignements faux ou mensongers est passible de poursuites criminelles ou civiles.

Je, _____, déclare que les renseignements ci-dessus sont vrais
(nom en lettres moulées)
et complets, au meilleur de ma connaissance et pour autant que je sache.

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

AUTORISATION

À qui de droit :

J', _____, autorise par la présente tout hôpital, médecin, ou autre médecin désigné, toute clinique ou tout autre établissement médical, toute pharmacie, tout bureau du coroner, tout département de police et toute compagnie d'assurance à divulguer ou fournir à la compagnie (la compagnie désigne et comprend la Compagnie d'assurance vie RBC, ainsi que ses réassureurs participants), à ses filiales ou représentants, tous les renseignements attendant à toute maladie, y compris le SIDA, le syndrome apparenté au SIDA (ARC), les maladies mentales, l'abus d'alcool/de drogue, les blessures, l'historique médical, les consultations, les prescriptions, les traitements ou les prestations, et les copies de tout dossier pertinent en ce qui concerne _____, qui pourrait être demandé. J'autorise également son employeur à divulguer tous les renseignements nécessaires pour le traitement de la demande de règlement.

Les renseignements fournis à la compagnie, ses filiales ou ses représentants seront utilisés uniquement pour l'administration de la/des demande(s) de règlement en titre ci-haut.

Une photocopie de cette autorisation doit être considérée aussi valide que l'original et est en vigueur pour la durée de la demande de règlement.

_____ Date (JJ/MM/AAAA)

_____ Relation de la personne autorisée avec le défunt

_____ Signature de la personne autorisée



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE-VIE/DE DÉCÈS ACCIDENTEL DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE *(Compléter pour toutes les demandes de règlement)*

Indiquer le type de demande de règlement soumise :	<input type="checkbox"/> Ass.-vie employé <input type="checkbox"/> Ass.-vie pers. à charge <input type="checkbox"/> Décès accidentel	Le défunt avait-il d'autres assurances?	Assurance-vie collective <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Assurance-vie individuelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Assurance invalidité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
--	--	---	---

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ *(Compléter pour toutes les demandes de règlement)*

Nom complet de l'employé assuré	Numéro d'assurance sociale <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>									Date de naissance _____ (JJ/MM/AAAA)

Adresse de l'employé (app./rue/ville/province/code postal)

Profession	Salaire/Taux salarial (Joindre la preuve des gains) _____ \$
------------	---

Montant d'ass.-vie collective RBC Assurances	Ass.-vie de base _____ \$	Ass.-vie facultative _____ \$	Date d'effet de l'assurance-vie RBC Assurances _____ (JJ/MM/AAAA)
--	---------------------------	-------------------------------	--

Date du dernier changement du montant assuré _____ (JJ/MM/AAAA)	Montant du dernier changement _____ \$	Ass.-vie de base _____ \$	Ass.-vie facultative _____ \$	<input type="checkbox"/> Hausse <input type="checkbox"/> Baisse	<input type="checkbox"/> Hausse <input type="checkbox"/> Baisse
--	--	---------------------------	-------------------------------	---	---

Date de l'embauche _____ (JJ/MM/AAAA)	Dernier jour travaillé _____ (JJ/MM/AAAA)	Date du décès _____ (JJ/MM/AAAA)
--	--	-------------------------------------

Raison pour l'arrêt de travail	Cause du décès
--------------------------------	----------------

Y a-t-il demande de prestations pour décès accidentel?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si "Oui," donner les montants De base _____ \$ Facultative _____ \$	Y a-t-il demande pour l'exonération des primes avant le décès?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	La personne assurée était-elle considérée comme un membre/ employé à la date du décès? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	---	--	---	--

Décès ou invalidité suite à : Accident non professionnel Accident professionnel Date et heure de l'accident _____ a.m./p.m.
(S'il s'agit d'un accident professionnel, joindre le rapport d'accident de l'employeur) (JJ/MM/AAAA)

Les primes sont-elles terminées? <input type="checkbox"/> Oui-donner date _____ (JJ/MM/AAAA) <input type="checkbox"/> Non	Si l'assurance est résiliée, la personne assurée a-t-elle été avisée de son droit de transformation? <input type="checkbox"/> Oui-donner date _____ (JJ/MM/AAAA) <input type="checkbox"/> Non
--	--

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À CHARGE *(Ne compléter que pour les demandes de règlement pour l'ass.-vie de pers. à charge et/ou le décès accidentel de pers. à charge)*

Nom complet de la personne à charge décédée	Relation avec l'employé	Date de naissance _____ (JJ/MM/AAAA)
---	-------------------------	---

Date du décès _____ (JJ/MM/AAAA)	Date d'effet de l'assurance de la personne à charge _____ (JJ/MM/AAAA)	Montant assuré _____ \$
-------------------------------------	---	-------------------------

RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE *(Compléter pour toutes les demandes de règlement)*

Nom du bénéficiaire	Relation avec l'employé	Date de naissance du bénéficiaire _____ (JJ/MM/AAAA)
---------------------	-------------------------	---

Adresse (app./rue/ville/province/code postal)	Numéro d'assurance sociale du bénéficiaire <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>								

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR *(Compléter pour toutes les demandes de règlement)*

Nom de la compagnie	S'il s'agit d'un affilié, d'une filiale, d'une succursale ou d'un employeur membre, en donner le nom :
---------------------	--

Adresse (rue/ville/province/code postal)	N° de téléphone
--	-----------------

Aux soins de :	Titre
----------------	-------

N° de la/des police(s) collective(s)	N° de l'unité d'assurance	N° de la catégorie
--------------------------------------	---------------------------	--------------------

Signature X	Date _____ (JJ/MM/AAAA)
-----------------------	----------------------------



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE-VIE/DE DÉCÈS ACCIDENTEL DÉCLARATION DU MÉDECIN

NOM COMPLET DU DÉFUNT	DATE DU DÉCÈS <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 0;"/> (JJ/MM/AAAA)
RÉSIDENCE LORS DU DÉCÈS	ENDROIT DU DÉCÈS
ÂGE LORS DU DÉCÈS OU DATE DE NAISSANCE <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 0;"/> (JJ/MM/AAAA)	(SI À UN HÔPITAL OU UNE INSTITUTION, EN DONNER LE NOM)

CAUSE DU DÉCÈS (Ne donner qu'une seule cause pour a, b et c).
Maladie ou affection causant directement le décès : (Ceci ne signifie pas le mode de décès, tel qu'arrêt du coeur, asthénie, etc. Ceci signifie la maladie, blessure ou complication qui a causé le décès.)

INTERVALLE ENTRE L'APPARITION
ET LE DÉCÈS

(a)

(a)

Causes antécédentes : (Affections morbides, le cas échéant, provoquant la cause (a) en donnant la cause fondamentale en dernier)

Causé par (b)

(b)

Causé par (c)

(c)

Autres affections importantes : (Ayant contribué au décès mais n'étant pas reliées à la maladie ou l'affection causant le décès)

DATE DE PREMIÈRE CONSULTATION POUR DERNIÈRE MALADIE <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 0;"/> (JJ/MM/AAAA)	DATE DE DERNIÈRE CONSULTATION POUR DERNIÈRE MALADIE <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 0;"/> (JJ/MM/AAAA)
---	---

Si le décès fût causé par un accident, suicide ou homicide, veuillez spécifier.

Y a-t-il eu une enquête?

Oui

Non

Y a-t-il eu une autopsie?

Oui

Non

Si oui, par qui et avec quels résultats?

Décrire brièvement.

Les blessures décrites ci-haut, seules et indépendamment de toute autre cause, sont-elles suffisantes pour causer la mort à une personne normale et en santé?

Oui

Non

Selon votre opinion, le défunt utilisait-il de l'alcool, des médicaments non prescrits et/ou prescrits autres que ceux qui lui avaient été prescrits?

Oui

Non

Avez-vous traité ou conseillé le défunt pendant les trois dernières années avant la dernière maladie?

Oui

Non

À votre connaissance, le défunt a-t-il reçu un traitement d'un autre médecin pendant les trois dernières années dans un hôpital ou une institution quelconque?

Oui

Non

Si vous avez répondu "Oui" à l'une des questions, veuillez fournir les renseignements suivants :

NOM	ADRESSE	NATURE DE LA MALADIE OU BLESSURE	DATES

Tous honoraires pour compléter ce formulaire sont la responsabilité du demandeur.

X

Signature

Date (JJ/MM/AAAA)

Diplôme et spécialité

Nom du médecin

Soins primaires

Conseiller

Adresse (rue/ville/province/code postal)

Autre

N° de téléphone ()

N° de télécopieur ()

POSTEZ VOTRE FORMULAIRE DÛMENT REMP

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

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

Pour toute question supplémentaire, composez sans frais le 1-877-519-9501 ou le 416-643-4700.

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, (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, 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 d'en assurer le respect.

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, 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.