



DÉCLARATION SUPPLÉMENTAIRE DU DEMANDEUR

Nom : _____ N°(s) de police(s) : _____
Nom de famille Prénom Initiale

Adresse : _____
App. Rue Ville Province Code postal

N° de téléphone : Domicile : () _____ Travail : () _____

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT

1. a) Depuis votre dernière déclaration, avez-vous repris le travail? Oui Non Si "Oui", au même poste? Oui Non
 Veuillez indiquer : _____ Si vous n'êtes pas retourné au même poste, où? _____
À temps plein (JJ/MM/AAAA) Heures/semaine À temps partiel (JJ/MM/AAAA) Heures/semaine
- b) Si vous n'êtes pas retourné au travail, avez-vous fait des efforts ou cherché à retourner au travail? Oui Non
 Si "Oui", veuillez préciser : _____
- c) Avez-vous participé à des activités bénévoles depuis votre dernière déclaration? Oui Non Si "Oui", veuillez préciser : _____
- d) Si vous travaillez actuellement, vos fonctions normales ont-elles été modifiées suite à votre état? Oui Non Si "Oui", veuillez préciser : _____
2. Veuillez décrire les symptômes actuels qui vous empêchent de travailler à temps plein : _____
3. Veuillez décrire tout changement de votre état, et toute nouvelle restriction ou limitation que votre médecin traitant vous a recommandés : _____
4. Veuillez décrire vos activités actuelles et comment votre état a affecté ces activités : _____
5. Avez-vous fait une demande auprès des organisations suivantes, ou recevez-vous un revenu ou des prestations de leur part :

	Oui/Non	N° de police	Montant	Date de la demande	Date de début des prestations
Prestations de la Commission de la santé et du travail	_____	_____	_____	_____	_____
Prestations du Régime de pension du Canada/Régie des rentes du Québec	_____	_____	_____	_____	_____
Assurance automobile ou invalidité	_____	_____	_____	_____	_____
Autre : Veuillez spécifier _____	_____	_____	_____	_____	_____

(Veuillez fournir des copies de toute la correspondance reçue.)

VOTRE TRAITEMENT

6. Nom du médecin : _____ Dernière consultation : _____
(JJ/MM/AAAA)
7. a) Veuillez donner les noms des autres médecins et/ou thérapeutes consultés :

Nom et spécialité	Adresse	N° de téléphone	Date(s) de consultations (JJ/MM/AAAA)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
- b) Pensez-vous que le traitement est bénéfique, ou le sera? _____
8. Avez-vous été hospitalisé depuis votre dernière déclaration? Oui Non Si "Oui", du _____ au _____
(JJ/MM/AAAA) (JJ/MM/AAAA)
 Raison : _____
 Nom et adresse de l'hôpital : _____

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
(nom en lettres moulées)
vrais et complets, au meilleur de ma connaissance et pour autant que je sache.

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

AUTORISATION

J'autorise la compagnie (la compagnie désigne et comprend la Compagnie d'assurance vie RBC, ainsi que ses réassureurs participants) à mener les enquêtes nécessaires et à recueillir des renseignements personnels me concernant. Je comprends que la compagnie créera et maintiendra des dossiers contenant des renseignements personnels qui me concernent. Je comprends également 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, je comprends que, sauf lorsque la compagnie peut me limiter l'accès aux renseignements personnels me concernant et qu'elle le fait légalement, je serai autorisé à étudier les copies des documents contenant lesdits renseignements personnels que la compagnie a en sa possession, sous réserve du paiement de frais de reproduction raisonnables. Je comprends également que je serai autorisé à demander la consultation de ces documents et à faire noter et corriger toute erreur dans les renseignements personnels en formulant une demande écrite à la compagnie, adressée à l'employé chargé du traitement de ma demande de règlement.

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 ou organisations 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 agent exécutant pour eux des services liés aux avantages sociaux des employés ou à l'indemnisation des accidents du travail; tout ministère ou toute organisation du gouvernement fédéral ou provincial, y compris la Commission des accidents du travail, les responsables des prestations d'invalidité et de retraite du RPC/RRQ et 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.

Je comprends que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçu par la compagnie en vertu de la présente autorisation, qu'il s'agisse de renseignements médicaux ou non, sera utilisé aux fins d'évaluation de ma demande de règlement et ma capacité de reprendre le travail, ou aux fins d'administration de la police en vertu de laquelle ma demande de règlement est présentée. Dans la mesure raisonnable et nécessaire à ces fins, j'autorise la compagnie à divulguer n'importe lequel desdits renseignements, dossiers et données reçus 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'avantages sociaux, à mes médecins ou fournisseurs de soins de santé, ou à toute autre personne ou entreprise (y compris des médecins, professionnels de la santé, employés en réadaptation, évaluateurs de la capacité de travail) employés ou engagés par la compagnie.

J'autorise également la compagnie à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins d'identification de mon dossier d'assurance et d'imposition et pour toute autre affaire liée à ma demande de règlement ou à mon droit aux prestations.

La présente autorisation n'a pas de date d'expiration. Elle demeure valide tant que je demande des prestations ou des services de la compagnie. Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, est aussi valide que l'original.

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

_____ Numéro d'assurance sociale:

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

Nom du demandeur (en lettres moulées)

X _____ Date: _____
Signature du témoin (JJ/MM/AAAA)

_____ Nom du témoin (en lettres moulées)

POSTEZ VOTRE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AU :

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.

©Marque déposée de la Banque Royale du Canada. Utilisation sous licence.

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. *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 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, (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 les choix de nos clients au titre de la section « *Autres utilisations des renseignements personnels* » dans le seul but de les faire respecter.

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.

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 des renseignements personnels

- › Nous pouvons utiliser ces renseignements pour faire la promotion de nos produits et services, ainsi que ceux de tiers choisis et susceptibles d'intéresser nos clients. Nous pouvons communiquer avec notre client par divers modes de communication, notamment le téléphone, l'ordinateur ou la poste, en utilisant les coordonnées qu'il nous a transmises
- › Nous pouvons également, lorsque la loi le permet, divulguer ces renseignements à d'autres sociétés de RBC, afin de recommander notre client à ces dernières ou de promouvoir les produits et services qui sont susceptibles de les intéresser. Nous et les sociétés de RBC pouvons communiquer avec notre client par divers modes de communication, notamment le téléphone, l'ordinateur ou la poste, en utilisant les coordonnées qu'il nous a transmises. Le client convient que, si un tel échange de renseignements survient, ces sociétés peuvent nous informer des produits ou services fournis.
- › Si le client fait 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 son sujet, afin de nous permettre, à nous ou à n'importe laquelle d'entre elles, de gérer la relation du client 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.

Le client peut nous demander de ne pas échanger ni utiliser ces renseignements personnels aux fins décrites au paragraphe « *Autres utilisations des renseignements personnels* » en communiquant avec nous de la manière indiquée ci-dessous. Dans un tel cas, le client ne se verra pas refuser des produits ou services d'assurance pour cette seule raison. Cependant, nous n'utiliserons jamais les renseignements médicaux à ces fins. Nous respecterons les choix de nos clients et, comme il est mentionné ci-dessus, nous pourrions communiquer leurs choix aux sociétés de RBC dans le seul but d'en assurer le respect.

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, 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* », 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.