



# DEMANDE DE CHANGEMENT COLLECTIF

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

**Employé :** Remplissez le présent formulaire pour un changement de nom, la modification de l'assurance des personnes à charge, la modification des sommes assurées, la modification du statut de fumeur ou de non-fumeur ou un changement de bénéficiaire. Si vous ajoutez des personnes à charge à la suite d'un mariage ou de la naissance d'un enfant, vous devez remplir le présent formulaire dans les 31 jours suivants l'événement.

**Employeur :** Envoyez le présent formulaire à RBC Assurances avec votre prochain paiement des primes pour tout

(VEUILLEZ DACTYLOGRAPHIER OU ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES - APPUYEZ FERMEMENT SUR LE STYLO)

### REMPLISSEZ LES SECTIONS 1 A 5 ET 12 POUR TOUTES LES CHANGEMENTS

1. NOM DE L'EMPLOYEUR	2. NUMÉRO(S) DE POLICE	3. DIVISION DE FACTURATION
4. NOM DE L'EMPLOYÉ (NOM, PRÉNOM, INITIALE DU SECOND PRÉNOM)		5. NUMÉRO DE L'EMPLOYÉ MEMBRE

### REMPLISSEZ LES SECTIONS 6 ET 12 DANS LE CAS D'UN CHANGEMENT DE NOM

6. CHANGEMENT DE NOM DE L'EMPLOYÉ	À COMPTER DU	
DE	À	RAISON
		JJ   MM   AAAA

### REMPLISSEZ LES SECTIONS 7 ET 12 POUR LA MODIFICATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES É CHARGE (Assurance vie de base seulement)

7. ASSURANCE DE PERSONNES À CHARGE - COCHER LA CASE PERTINENTE  Veuillez résilier l'assurance-vie de personnes à charge pour la raison suivante :

J'aimerais ajouter une assurance-vie de personnes à charge en raison d'un changement de personnes à charge résultant d'un des suivants :  mariage  naissance d'un enfant  autre \_\_\_\_\_

### REMPLISSEZ LES SECTIONS 8 ET 12 POUR LA MODIFICATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES É CHARGE (Assurance vie facultative seulement)

8.  Je demande qu'une assurance soit ajoutée au régime collectif facultatif de :

\_\_\_\_\_ Date : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

**Conjoint**/Date du mariage (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Date de naissance du conjoint (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Montant d'assurance-vie \_\_\_\_\_ \$  
Joignez le formulaire de preuve d'assurabilité dûment rempli.

**Enfant**/Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Montant d'assurance-vie : \_\_\_\_\_ \$  
Si vous demandez la couverture de l'enfant plus de 31 jours après sa date d'admissibilité, un formulaire de preuve d'assurabilité doit être fourni avec la présente proposition.

### REMPLISSEZ LES SECTIONS 9 ET 12 POUR RÉDUIRE LA SOMME ASSURÉE OU CESSER L'ASSURANCE (Assurance vie facultative seulement)

9. Réduire la somme assurée ou **cesser** l'assurance pour :

\_\_\_\_\_ Date de réduction ou de cessation: (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Raison	Personne assurée	Réduire la somme à : Vie	Cesser l'assurance pour : Vie
_____	<input type="checkbox"/> Personne assurée	_____ \$	<input type="checkbox"/> _____
_____	<input type="checkbox"/> Conjoint	_____ \$	<input type="checkbox"/> _____
_____	<input type="checkbox"/> Enfants	_____ \$	<input type="checkbox"/> _____

### REMPLISSEZ LES SECTIONS 10 ET 12 DANS LE CAS D'UNE DEMANDE DE MODIFICATION DU TAUX DE FUMEUR OU DE NON-FUMEUR (Assurance vie facultative seulement)

10.  Cochez une case :

Je n'ai fumé aucune cigarette au cours des 12 derniers mois.  J'ai commencé à fumer la cigarette.

### REMPLISSEZ LES SECTIONS 11 ET 12 DANS LE CAS D'UN CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

11. Pour nommer plus d'un bénéficiaire ou nommer un bénéficiaire subsidiaire, demandez l'aide de l'administrateur de votre régime. Le présent changement de bénéficiaire annule et remplace toute désignation précédente et peut être modifié sur présentation d'une demande écrite.

**DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE** Applicable à l'assurance-vie

Nom du bénéficiaire	Prénom	Initiale	%	Lien de parenté
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Si aucune des personnes ci-dessus n'est vivantes, payez \_\_\_\_\_

**À L'INTENTION DES RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT :**  
La désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, à moins que vous ne la rendiez révocable en cochant ci-dessous.  
**RÉVOCABLE**

12. Signez ci-dessous pour toutes les modifications.

Signature de l'employé **X** \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ JJ | MM | AAAA

## **COLLECTE ET UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

### **Collecte de 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, (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<sup>®</sup> », en téléphonant au numéro sans frais indiqué ci-dessus ou en consultant notre site Web, à l'adresse [www.rbc.com/privee](http://www.rbc.com/privee).