



RBC Assurances®

Assurance collective Demande de prestations d'invalidité

Nom du client : _____

Numéro(s) de police : _____

Nom de l'employeur : _____

DIRECTIVES IMPORTANTES

- Écrire lisiblement à l'aide d'un stylo, de préférence à encre noire aux fins de photocopie. NE PAS employer de guillemets de répétition.
- NE RIEN effacer ni employer de correcteur liquide. En cas d'erreur, faire une rature et demander au proposant de la parapher.

REEMPLIR LA FORMULE :

Nous voulons nous assurer que votre demande de prestations est traitée correctement et rapidement. Pour accélérer le processus le plus possible, nous avons élaboré la présente demande de prestations d'invalidité de manière à obtenir le plus de renseignements possible au début du processus. Ces renseignements nous aident à déterminer les prestations auxquelles vous avez droit au titre de votre contrat avec nous.

Veillez suivre les directives suivantes pour remplir la formule :

- Utilisez un stylo pour remplir chaque section et écrivez lisiblement en lettres moulées.
- Annexez au besoin des feuilles supplémentaires, en prenant soin d'inscrire sur chacune **votre nom, la section et le numéro de la question à laquelle se rapportent les précisions.**

VEUILLEZ NOTER QUE VOTRE MÉDECIN TRAITANT DEVRA REMPLIR UNE « DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT » EN FONCTION DU DIAGNOSTIC POSÉ. VEUILLEZ NOUS APPELER POUR OBTENIR LA FORMULE APPROPRIÉE OU VISITEZ NOTRE SITE WEB À L'ADRESSE : WWW.RBC.COM

LES FORMULES DOIVENT PARVENIR À LA COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE RBC, DÛMENT REMPLIES, DANS LES 90 JOURS SUIVANT LE DÉBUT DE L'INVALIDITÉ.

Pour obtenir de l'aide ou des renseignements sur la présente formule, appelez le Service des demandes de règlement, Assurances de personnes au 416 643-4700 ou au 1 877 519-9501.

POSTEZ VOTRE FORMULE DÛMENT REMPLIE À :

Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes
C. P. 4435, Succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8 ou télécopiez-la au : 1 800 714-8861

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, date de naissance, etc.) 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, du MIB, Inc., du gouvernement (incluant les régimes publics d'assurance maladie) 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 des 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 au titre d'une police d'assurance collective, dans les cas où ils s'avèreraient nécessaires pour les services que nous vous procurons. Les renseignements sur votre santé ne seront pas partagés avec votre employeur 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, 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 de responsables de la réglementation, agences gouvernementales, organismes publics et autres entités.

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

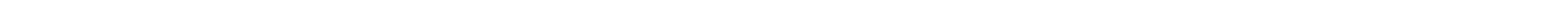
Vous pouvez, en tout temps, accéder aux renseignements personnels que nous détenons à votre sujet, en vérifier l'exactitude et les faire rectifier au besoin. Ce droit d'accès peut toutefois être restreint comme la loi le permet ou l'exige. Pour accéder à ces renseignements ou pour nous poser des questions sur nos politiques de protection des renseignements personnels, vous pouvez 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

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur nos politiques 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.

[®]Marques déposées de la Banque Royale du Canada, utilisées sous licence.



Veillez indiquer les numéros de toutes les polices que vous détenez auprès de RBC Vie :

DÉCLARATION D'INVALIDITÉ DU CLIENT

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

M. M^{me} M^{lle} D^r Autre

Homme Femme

Nom : Nom de famille

Prénom

Second prénom

Nom usuel (s'il diffère de votre prénom)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Adresse (app. / rue / ville / province / code postal)

Votre adresse postale (si elle diffère de celle ci-dessus)

N° de téléphone (domicile) : (____) _____ N° de téléphone (bureau) : (____) _____

N° de téléphone cellulaire : (____) _____ Adresse de courrier électronique : _____

N° de carte d'assurance maladie : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

ACCIDENT

Date de l'accident : _____ (JJ/MM/AAAA)

Type d'accident : Lieu de travail Auto Autre

Décrivez comment l'accident s'est produit :

Quelles blessures avez-vous subies ?

Quand les symptômes se sont-ils manifestés pour la première fois ? _____ (JJ/MM/AAAA)

Avez-vous déjà subi des blessures de même nature ?

Oui Non Dans l'affirmative, précisez les dates :

MALADIE

Précisez la nature et les détails de la maladie :

Avez-vous déjà souffert d'une maladie similaire ? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez les dates :

Quels sont vos symptômes invalidants ?

Quand les symptômes se sont-ils manifestés pour la première fois ? _____ (JJ/MM/AAAA)

Mon dernier jour de travail (incapacité de travailler) a été le : _____ (JJ/MM/AAAA)

Premier jour où j'ai dû réduire mes heures de travail en raison de mon affection : _____ (JJ/MM/AAAA)

Premier jour où j'ai dû de cesser de travailler complètement en raison de mon affection : _____ (JJ/MM/AAAA)

Date à laquelle j'ai repris/je reprendrai le travail : _____ (JJ/MM/AAAA) _____ (JJ/MM/AAAA)
À temps plein À temps partiel

1. a) Qu'est-ce qui vous empêche de reprendre le travail ou de travailler à temps plein ? _____

b) Quelles répercussions votre affection actuelle a-t-elle sur votre vie quotidienne ? Veuillez fournir les détails : _____

2. Avez-vous discuté d'un plan de retour au travail avec votre médecin traitant ? Oui Non

Dans l'affirmative, croyez-vous que vos fonctions professionnelles devront être modifiées d'une façon ou d'une autre à votre retour au travail ? Oui Non Dans l'affirmative, expliquez : _____

TRAITEMENT

1. 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, physiothérapeutes, chiropraticiens, psychologues et thérapeutes (énumérez tout autre professionnel de la santé sur une feuille séparée) :

Médecin / professionnel de la santé

Adresse (rue / ville / province / code postal) () N° de téléphone | Date(s) de la consultation (JJ/MM/AAAA)

Spécialisation du médecin/professionnel de la santé

Adresse (rue / ville / province / code postal) () N° de téléphone | Date(s) de la consultation (JJ/MM/AAAA)

2. Hôpital où vous avez reçu des soins ou été traité sans hospitalisation pour une quelconque raison (énumérez tout autre hôpital sur une feuille séparée) :

Hôpital / établissement | Raison

Adresse (rue / ville / province / code postal)

Date d'admission (JJ/MM/AAAA) | Date de congé (JJ/MM/AAAA)

3. Énumérez toutes les pharmacies où vous avez obtenu vos médicaments d'ordonnance au cours des deux dernières années :

Nom de la pharmacie

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

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

PROFESSION

1. a) Quel est le nom de votre employeur ? _____
b) Date d'embauche : _____ (JJ/MM/AAAA)
2. a) Quelle profession exercez-vous immédiatement avant de présenter cette demande de règlement ? _____
b) Courte description du poste : _____

c) Description des tâches essentielles du travail : _____

d) Description des tâches non essentielles du travail : _____

3. Combien d'heures par semaine travailliez-vous immédiatement avant de présenter cette demande de règlement ? _____ heures / semaine
4. Exercez-vous plus d'une profession ? Oui Non Dans l'affirmative, donnez la liste de toutes les professions et de tous les employeurs :



SALAIRE

1. Veuillez indiquer quel était votre rémunération ou salaire avant de présenter cette demande de règlement :
_____ \$ par _____ (p. ex., heure, année)
2. Votre rémunération ou salaire vous était versé : Hebdomadairement Aux deux semaines Mensuellement Autre
3. Veuillez préciser toute rémunération que vous avez reçue en plus de votre rémunération ou salaire habituel au cours des 12 derniers mois de service (c.-à-d. commissions, bonis, heures supplémentaires, etc.) :

_____	_____ \$
Type	Montant
_____	_____ \$
Type	Montant

REVENUS PROVENANT D'AUTRES SOURCES

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Assurance salaire | <input type="checkbox"/> RPC / RRQ | <input type="checkbox"/> Assurance invalidité individuelle |
| <input type="checkbox"/> Assurance invalidité de courte durée | <input type="checkbox"/> Assurance automobile | <input type="checkbox"/> CAT / CSST |
| <input type="checkbox"/> Assurance-emploi | <input type="checkbox"/> Régime de rente de retraite | <input type="checkbox"/> Assurance collective par l'intermédiaire d'une association |
| <input type="checkbox"/> Assurance hypothécaire | <input type="checkbox"/> Autre | |

Veuillez fournir des précisions sur chaque source de revenu :

Dénomination sociale ou type de régime public : _____

N° de dossier _____ Date de soumission de la demande (JJ/MM/AAAA) _____

Montant de la prestation _____ \$ par semaine aux deux semaines par mois

Nom de la personne-ressource _____ Téléphone (____) _____

Dénomination sociale ou type de régime public : _____

N° de dossier _____ Date de soumission de la demande (JJ/MM/AAAA) _____

Montant de la prestation _____ \$ par semaine aux deux semaines par mois

Nom de la personne-ressource _____ Téléphone (____) _____

Dénomination sociale ou type de régime public : _____

N° de dossier _____ Date de soumission de la demande (JJ/MM/AAAA) _____

Montant de la prestation _____ \$ par semaine aux deux semaines par mois

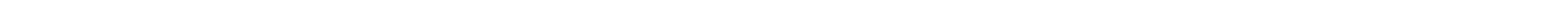
Nom de la personne-ressource _____ Téléphone (____) _____

DOCUMENTS EXIGÉS

Veuillez joindre les documents suivants à la présente Déclaration :

- Une copie de tous les rapports de police ou d'incident (*si votre blessure est attribuable à un accident ou à un incident déclaré à la police*)
- La correspondance reçue de tous les assureurs automobile et autres assureurs
- La correspondance reçue des autres sources de revenu (*p. ex., ICD, AE, CAT/CSST, RRQ/RPC, etc.*)
- Une preuve de revenu
- Une Déclaration du médecin traitant

Page blanche insérée volontairement.





AVIS RELATIF À LA FRAUDE

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

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

Date _____ Signature du client _____
(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 ou organisme autorisés 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 légalement, 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 choisis d'utiliser, ou demande à la compagnie d'utiliser, des moyens de communication électroniques qui ne sont pas chiffrés, notamment toute communication par télécopieur ou par courriel, il est entendu que i) la sécurité, la protection et la confidentialité de l'information ne peuvent être assurées, ii) un tel 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 ; le 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 ou administrer les polices d'assurance invalidité individuelles ou collectives (notamment les polices d'assurance vie, d'assurance décès et mutilation accidentels et d'assurance invalidité) offertes par mon employeur par l'entremise de la compagnie ou d'un autre assureur, dans le but de 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 _____ Date _____
Signature du client (JJ/MM/AAAA)

_____ Numéro d'assurance sociale : --
Nom du client (en caractères d'imprimerie)

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

_____ Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

POSTEZ VOTRE FORMULE DÛMENT REMPLIE À :
Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes
C. P. 4435, Succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8 **ou télécopiez-la au : 1 800 714-8861**
Si vous avez des questions, appelez-nous au 416 643-4700 ou au numéro sans frais 1 877 519-9501.

