



RBC Assurances

Déclaration d'invalidité perte de l'usage/Mutilation

DIRECTIVES DE L'EMPLOYEUR

1. Envoyer la déclaration du client/de l'employé, ainsi que la déclaration du médecin traitant à la personne assurée. Remplir la déclaration de l'employeur.

Ces formulaires représentent la déclaration initiale d'invalidité. 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.

2. Envoyer ces documents à Compagnie d'assurance vie RBC
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 client/de l'employé
- Le formulaire d'adhésion initial

DIRECTIVES DU CLIENT/DE L'EMPLOYÉ

1. Remplir la déclaration du client/de l'employé. Retourner ce formulaire à votre employeur.
2. Remplir et signer la section de l'autorisation sur la déclaration du médecin traitant et envoyer ce formulaire à votre médecin traitant afin qu'il le remplisse. Le formulaire peut nous être retourné directement.



RBC Assurances

**Formulaire de demande de règlement pour
perte de l'usage/Mutilation déclaration
du client/de l'employé**

À être remplie par l'employé assuré, s'il diffère du client.

SECTION A

Nom de l'employé assuré : _____
Nom de famille Prénom Initiale

Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA) Lien de parenté avec vous : _____

N° de police : _____

SECTION B

À être remplie par le client (le client est la personne qui a subi la perte sur laquelle la présente demande de règlement est basée). Un représentant autorisé peut remplir le présent formulaire si le client est incapable de le faire ou s'il est mineur.

M. M^{me} M^{lle} D^r Homme Femme N° d'assurance sociale - -

Nom : _____ Date de naissance : _____
Nom de famille Prénom Initiale (JJ/MM/AAAA)

Adresse : _____
App. Rue Ville Province Code postal

N° de téléphone (D) : (_____) _____ Date de l'embauche : _____
(JJ/MM/AAAA)

Profession : (_____) _____ Durée de service : _____

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT

- Quelle est la raison de votre demande de règlement ?
 - Mutilation accidentelle. Décrivez la perte : _____
 - Perte de : la vue l'ouïe la parole
 - Perte de l'usage de : _____
 - Paralysie
 - Invalidité totale permanente
 - Autre : _____
- Si la demande de règlement concerne l'invalidité totale permanente :
 - Date de votre dernier jour de travail : _____ (JJ/MM/AAAA)
 - Date à laquelle vous étiez incapable de travailler pour la première fois : _____ (JJ/MM/AAAA)
- Date de l'accident : _____ (JJ/MM/AAAA) Heure _____ AM/PM
 - L'accident s'est produit à la maison au travail ailleurs?
 - Comment l'accident s'est-il produit ? _____

(S'il s'agit d'un accident d'automobile, veuillez joindre une copie du rapport de l'accident et de la correspondance reçue de l'assureur automobile.)

TRAITEMENT

- Date du premier traitement par un médecin pour cette affection : _____ (JJ/MM/AAAA)
- Si hospitalisé : Nom de l'hôpital/des hôpitaux _____ Date d'admission (JJ/MM/AAAA) _____ Date de congé (JJ/MM/AAAA) _____
- Énumérez tous les autres médecins traitants : _____

(VERSO)

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, à ma
(en caractères d'imprimerie)
connaissance, véridiques et complets.

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 _____
Signature du client

Date: _____
(JJ/MM/AAAA)

Nom du client (en caractères d'imprimerie)

Numéro d'assurance sociale : □□□-□□□-□□□
(À ne remplir que si votre prestation est imposable)

X _____
Signature du témoin

Date: _____
(JJ/MM/AAAA)

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)



RBC Assurances

**Formulaire de demande de règlement pour
perte de l'usage/mutilation
déclaration de l'employeur**

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur :

Adresse (rue/ville/province/code postal) :

N° de téléphone
()

Nom du titulaire de police collective :

Adresse (rue/ville/province/code postal) :

N° de téléphone
()

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

Nom (nom de famille, prénom, initiale) :

N° d'assurance sociale

□□□□ - □□□□ - □□□□

Date de naissance : _____
(JJ/MM/AAAA)

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

N° de téléphone
()

Profession/Fonctions :

Nombre d'heures travaillées
par semaine : _____

Statut professionnel :

Actif

À temps plein

À temps partiel

Congé

Cessation

Congé médical

Autre : _____

Date de l'embauche : _____

(JJ/MM/AAAA)

Date d'effet

de l'assurance : _____

(JJ/MM/AAAA)

Dernier jour de

service actif : _____

(JJ/MM/AAAA)

La demande de règlement est pour : l'employé

le conjoint de l'employé

l'enfant à charge de l'employé

Identification de la partie lésée (si autre que l'employé) :

Nom (nom de famille, prénom, initiale) :

Date de naissance : _____
(JJ/MM/AAAA)

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

N° d'assurance sociale

□□□□ - □□□□ - □□□□

Date de l'accident : _____

(JJ/MM/AAAA)

Autre assurance quelconque en vigueur ? _____

(Indiquer les montants, noms des assureurs et numéros de polices)

L'affection est-elle due à une blessure ou une maladie attribuable à l'emploi de la personne assurée ? Oui Non Ne sais pas

Montant assuré en vigueur _____ \$

Si basé sur le revenu, taux du revenu de base _____ \$

Horaire

Hebdomadaire

Mensuel

Annuel

(Indiquer les montants, noms des assureurs et numéros de polices)

Type d'assurance

N° de police

Montant

Date d'effet

Bénéficiaire

De base _____

Facultative _____

De voyage _____

Les primes ont-elles cessé ?

Oui - donner la date

_____ (JJ/MM/AAAA)

Non

SIGNATURE

Signature du représentant

X

Titre du représentant autorisé

N° de téléphone
()

N° de la/des police(s) collective(s)

N° de l'unité d'assurance

N° de la catégorie

Date _____
(JJ/MM/AAAA)



RBC Assurances

Formulaire de demande de règlement pour
perte de l'usage/Mutilation
déclaration du médecin traitant

AUTORISATION

Nom du patient _____ Âge _____ N° de la/des police(s) _____ Nom de l'employeur _____
Par la présente, j'autorise la divulgation de tout renseignement requis en vertu de la présente demande de règlement à RBC Assurances® et à ses réassureurs.

X _____
Signature du client/patient _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____
(Si la demande de règlement concerne un mineur, la signature est celle du tuteur légal).

Nota: Le patient a la responsabilité de s'assurer que le présent formulaire soit rempli et de payer tous frais exigés à cette fin.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom : _____
Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale _____

Date de naissance : _____ Taille (po/cm) _____ Poids (lb/kg) _____
(JJ/MM/AAAA)

DIAGNOSTIC

1. a) Diagnostic et brève description de l'affection : _____

b) Décrivez l'apparition de l'affection : _____

c) La perte est-elle due uniquement à un accident : Oui Non
Si « Oui », indiquez : Date de l'accident : _____ Première consultation pour cette affection : _____
(JJ/MM/AAAA) (JJ/MM/AAAA)

Si « Non », quelle maladie en était la cause contributive ? _____

d) Constatations objectives : (Indiquez le nom des examens objectifs, la date des examens et les résultats.) _____

2. Indiquez le nom de tout autre médecin ayant traité la personne assurée pour une affection contributive :

<u>Nom du médecin</u>	<u>Adresse</u>	<u>Date(s) de consultation</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. L'affection est-elle due à une blessure ou maladie attribuable à la profession de la personne assurée ? Oui Non Ne sais pas

4. a) La perte est-elle totale et irrévocable ? Oui Non

b) Une amélioration est-elle possible grâce à un appareil fonctionnel quelconque ? Oui Non

Commentaires : _____

Les pages suivantes contiennent des questions spécifiques à l'affection. Veuillez donc ne répondre qu'aux questions applicables.

(VERSO)

5. **Pour la vue** (le cas échéant) :

- a) Date du dernier examen de la vue avant l'accident : _____ Premier examen après l'accident : _____
(JJ/MM/AAAA) (JJ/MM/AAAA)
- b) Étendue de l'acuité visuelle avant et après l'accident (notation de Snellen) :
Avec appareil correcteur, avant/après : O.D. _____ O.S. _____
Sans appareil correcteur, avant/après : O.D. _____ O.S. _____
- c) Date à laquelle la vue corrigée a été réduite de façon irrévocable à 20/200 ou moins (notation de Snellen) : O.D. _____ (JJ/MM/AAAA)
O.S. _____ (JJ/MM/AAAA)
- d) Y a-t-il une lacune du champ visuel ? Oui Non Si « Oui », donnez les détails et le niveau de champ restant :
O.D. _____ O.S. _____
- e) Pronostic : La vue peut être rétablie en tout ou en partie par : Lentilles Traitement Chirurgie Ne peut être rétablie
Si par la chirurgie, le recommandez-vous ? Oui Non
Si « Non », pourquoi ? _____

6. **Pour l'ouïe** (le cas échéant) :

- a) Date du dernier examen de l'ouïe avant l'accident : _____ Premier examen après l'accident : _____
(JJ/MM/AAAA) (JJ/MM/AAAA)
- b) Étendue de l'ouïe avant et après l'accident :
Avec appareil correcteur, avant/après : Oreille droite _____ Oreille gauche _____
Sans appareil correcteur, avant/après : Oreille droite _____ Oreille gauche _____
- c) Pronostic : L'ouïe peut être rétablie en tout ou en partie par : Appareils Traitement Chirurgie Ne peut être rétablie
Si par la chirurgie, le recommandez-vous ? Oui Non
Si « Non », pourquoi ? _____

7. **Pour la paralysie/perte de l'usage** (le cas échéant) :

- a) Indiquez : Quadriplégie Hémiplégie Paraplégie Autre : _____
- b) Indiquez si elle est complète ou non : _____
- c) Indiquez ce qui a causé la paralysie/perte de l'usage : _____

- d) Indiquez quand le perte s'est produite : _____



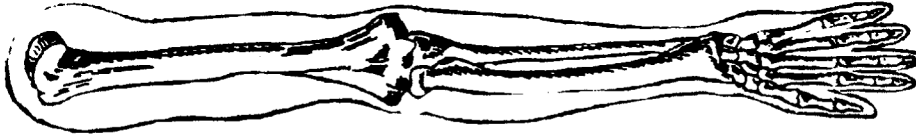
Declaration du médecin traitant suite

8. Pour la perte d'un membre/doigt/orteil/etc. (le cas échéant) :

a) Indiquez le point exact d'amputation

b) Date de l'amputation

Supérieur gauche



(JJ/MM/AAAA)

Supérieur droit



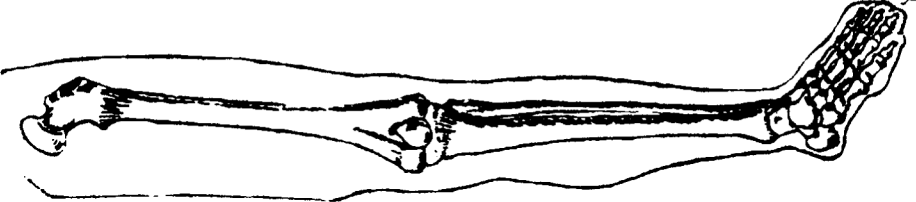
(JJ/MM/AAAA)

Inférieur gauche



(JJ/MM/AAAA)

Inférieur droit



(JJ/MM/AAAA)

Remarques: Veuillez donner des commentaires ou autres détails qui vous semble utiles. _____

SIGNATURE

X _____
Signature Date (JJ/MM/AAAA) Diplôme et spécialité

Nom du médecin Soins primaires Conseiller

Adresse (rue/ville/province/code postal) : _____

(_____) _____
N° de téléphone N° de télécopieur

POSTEZ LE 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 télécopieur-le au : 1-800-714-8861.

Pour toute question, 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'avéreraient 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 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 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 notre politique 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 en matière de protection des renseignements personnels en demandant un exemplaire de notre brochure « Prévention des fraudes financières et protection des renseignements personnels », en téléphonant au numéro sans frais indiqué ci-dessus ou en consultant notre site Web à l'adresse www.rbc.com/rensperssecurite.