DEMANDE DE REMISE EN VIGUEUR OU DE MODIFICATION DE POLICE

Assurances

UTILISEZ CETTE DEMANDE DE REMISE EN VIGUEUR OU DE MODIFICATION DE POLICE POUR :

- **Assurance Vie** (y compris les demandes d'échange – voir page 6)
- **Assurance Invalidité (AI)** (à l'exclusion de la série fondamentale® – voir ci-dessous)
- **Assurance Maladies Graves (MG)** (y compris la transformation de l'assurance MG T10 en assurance mg à primes nivelées – voir page 11)
- **Assurance Soins de Longue Durée (SLD)** (à l'exclusion des transformations de l'assurance invalidité ou mg en assurance SLD – voir ci-dessous)

CETTE DEMANDE NE PEUT PAS ÊTRE UTILISÉE POUR LES DEMANDES SUIVANTES :

- **Modifier les Renseignements Bancaires** ➔ Soumettre un Accord de Débit Préautorisé
- **Augmenter la Prestation de Décès** sur une **Police d'Assurance Vie** ➔ Soumettre une **Nouvelle Proposition**
- **Ajouter une Garantie** et/ou un **Avenant** à une **Police d'Assurance Vie** ➔ Soumettre une **Nouvelle Proposition** (sauf pour l'ajout de l'avenant d'assurance temporaire pour enfants indiqué ci-dessous)
- **Ajouter un Avenant d'Assurance Temporaire pour Enfants** à une **Police d'Assurance Vie** ➔ Soumettre une Proposition d'Assurance pour l'Avenant d'Assurance Temporaire pour Enfants
- **Désigner un Nouveau Bénéficiaire** ➔ Soumettre un formulaire de changement de bénéficiaire : Assurance Vie Invalidité Maladies Graves
- **Exercice du droit de transformation de l'assurance temporaire** ➔ Soumettre la Demande d'Exercice du Droit de Transformation de l'Assurance Temporaire
- **Changer le tarif pour un tarif non-fumeur sur une police des enfants à charge** ➔ Soumettre une Déclaration de Non-fumeur pour les Polices des Enfants à Charge Seulement
- **Changement de catégorie préférentielle** ➔ Soumettre une **Nouvelle Proposition**
- **Augmenter le montant de prestation, réduire le délai de carence**, ou **prolonger la période d'indemnisation** sur une **police d'assurance invalidité** ➔ Soumettre une **Nouvelle Proposition** pour remplacer la couverture existante (remplacement interne)
- **Retirer** une **police d'invalidité d'un régime d'indemnités pour perte de salaire** ➔ Soumettre le Formulaire de Modification du Régime d'Indemnités pour Perte de Salaire – Directives pour le Retrait
- **Apporter des modifications à la police de la série fondamentale** ➔ Soumettre la Demande de Modification de Police ou Remise en Vigueur – Série Fondamentale
- **Augmenter le montant de prestation sur une police d'assurance maladies graves** ➔ Soumettre une **Nouvelle Proposition** pour remplacer la couverture existante (remplacement interne)
- **Transformation de l'assurance invalidite ou MG en assurance SLD** ➔ Voir les Options de Transformation en Assurance SLD
- **Augmenter le montant de prestation d'une police d'assurance invalidité via l'Option d'assurance additionnelle revenu futur (OAARF), l'Option d'assurance additionnelle frais généraux (OAAFG) ou l'Option d'assurance additionnelle indemnités de rachat (OAAIR)** ➔ Soumettre la proposition applicable

Envoyez la demande par la poste à
Compagnie d'assurance vie RBC, C.P. 515, Succursale « A »,
Mississauga (Ontario) L5A 9Z9

ou par courriel comme suit :
Assurances vie et soins de longue durée (SLD) : customerservicemro@rbc.com
Assurances invalidité et maladies graves (MG) : canadacallcentre@rbc.com

1-800-461-1413 www.rbcassurances.com

® / MC Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada, utilisée(s) sous licence.

122745 & (09/2023)

VPS 108960

TABLE DES MATIÈRES

Collecte, Utilisation et Communication des renseignements personnels 2

Fiche d'information à l'intention du consommateur – préavis 4

Entretien sur les antécédents personnels (EAP). 4

Renseignements sur l'identité du client. 6

Partie A : Réduction de l'assurance 6

Assurance vie. 6

Assurance maladies graves 6

Assurance invalidité 7

Assurance soins de longue durée 7

Partie B : Remise en vigueur d'une police 8

Partie C : Modification(s) à une police d'assurance vie 8

Partie D : Modification(s) à une police d'assurance invalidité 9

Partie E : Modification(s) à une police d'assurance maladies graves 11

Partie F : Profession de la personne assurée 12

Partie G : Renseignements financiers. 12

Partie H : Assurance en vigueur ou à l'étude 13

Partie I : Renseignements supplémentaires 13

Partie J : Renseignements médicaux 15

Partie K : Remise en vigueur d'une police d'assurance de soins de longue durée 20

Convention 22

Autorisation 24

Déclaration du conseiller 26

COLLECTE, UTILISATION ET COMMUNICATION 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 ; et
- 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 véri ier 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, LLC, du gouvernement (incluant les régimes d'assurance maladie gouvernementaux) et d'autres organismes gouvernementaux, d'autres compagnies d'assurance, d'institutions inancières, 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 ; 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 con identialité.

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 communiqués conformément à ces lois. Les tierces parties peuvent être d'autres compagnies d'assurance, le MIB, LLC et des institutions financières.

Vos renseignements personnels peuvent être transmis par des territoires autres que celui où vous vous trouvez ou peuvent y être stockés ou traités, auquel cas les renseignements sont assujettis aux lois de ces territoires. Si vos renseignements personnels sont transférés vers un pays ou une province autre que votre territoire d'origine, nous prendrons les mesures nécessaires pour protéger vos renseignements personnels au moyen de clauses contractuelles appropriées ou de toute autre mesure de sécurité applicable.

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 gouvernementaux, 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 vous détenez un produit qui génère un revenu, nous pouvons communiquer votre numéro d'identification aux fins de l'impôt (ex. : votre numéro d'assurance sociale ou numéro de sécurité sociale) aux agences gouvernementales concernées.
Nous pouvons également prendre des décisions à votre sujet par traitement automatisé, y compris pour ce qui a trait à la tarification et à l'évaluation des demandes de règlement, le cas échéant.

DÉTACHER ET REMETTRE À LA PERSONNE ASSURÉE

Le paragraphe ci-dessous ne s'applique pas si la demande 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 pourrons communiquer vos choix aux sociétés de RBC dans le seul but de faire respecter vos choix en vertu de la section « Autres utilisations de vos renseignements personnels ».

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. Il vous suffit de communiquer avec nous pour accéder à ces renseignements, pour en apprendre davantage sur l'utilisation du traitement automatisé, 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, 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

Avis de protection des renseignements personnels

La collecte, l'utilisation ou la communication de vos renseignements personnels se fera conformément au contenu des sections Avis de protection des renseignements personnels à l'échelle mondiale et Modes de prestation numériques – Confidentialité (voir www.rbc.com/rensperssecurite), qui font partie intégrante des présentes conditions.

DÉTACHER ET REMETTRE À LA PERSONNE ASSURÉE

FICHE D'INFORMATION À L'INTENTION DU CONSOMMATEUR – PRÉAVIS

Les renseignements relatifs à votre assurabilité et à vos réclamations seront traités de façon confidentielle. La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) ou ses réassureurs peuvent toutefois soumettre un rapport sommaire au MIB, LLC, organisme à but non lucratif chargé d'échanger des renseignements pour les compagnies qui en sont membres. Si vous présentez une demande d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement à une compagnie membre, le MIB fournira à celle-ci, sur demande, les renseignements inscrits au dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez demander à MIB de les rectifier.

Si vous lui en faites la demande, le MIB prendra les dispositions nécessaires pour vous communiquer les renseignements contenus dans votre dossier. Veuillez écrire au MIB par courriel à Canadadisclosure@mib.com, en appelant le 1-866-692-6901 ou en écrivant à :

MIB, LLC,
50 Braintree Hill Park, Suite 400,
Braintree, MA
USA, 02184- 8734
Téléphone : 1-866-692-6901
Site Web : www.mib.com

RBC Vie, ou ses réassureurs, peuvent aussi communiquer les renseignements figurant à votre dossier à d'autres compagnies d'assurance auprès desquelles vous pourriez présenter une proposition d'assurance vie ou maladie, ou encore soumettre une demande de règlement.

ENTRETIEN SUR LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (EAP)

La possibilité qu'il vous soit demandé de vous prêter à un entretien téléphonique fait partie du processus de sélection des risques. Cet entretien sur les antécédents personnels (EAP) est mené par des spécialistes. L'entretien prendra une vingtaine de minutes. Comme nous souhaitons que cet entretien se fasse à un moment qui vous convient, nous vous demandons dans la proposition votre préférence quant à l'endroit (domicile ou bureau) et au moment où nous pouvons vous joindre.

Les questions que pose l'intervieweur portent sur les renseignements figurant sur votre proposition d'assurance. Ces questions touchent les aspects personnels, financiers et médicaux de l'assurabilité et feront partie du contrat. Les réponses contenues dans l'entretien sur les antécédents personnels ou dans le ou les questionnaires supplémentaires que vous avez remplis lors d'un entretien téléphonique et joints à votre contrat sont vraies et exactes et font partie de votre proposition d'assurance. Nous avons aussi recours à cet entretien pour recueillir des renseignements qui ont été omis ou expliqués en partie seulement. En raison de la nature des renseignements obtenus, l'entretien sur les antécédents personnels n'aura lieu que directement avec vous.

Tous les renseignements recueillis au cours de l'entretien sont strictement confidentiels et ne pourront être transmis à quiconque sans votre consentement écrit.

Votre collaboration à ce sujet est grandement appréciée et nous aide à vous fournir des services de tarification de qualité.

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

Assurances

DEMANDE DE REMISE EN VIGUEUR OU DE MODIFICATION DE POLICE

(ASSURANCE VIE, INVALIDITÉ, MALADIES GRAVES, SOINS DE LONGUE DURÉE)

(Ne pas utiliser pour la Série Fondamentale®)

RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU CLIENT (À REMPLIR POUR TOUTES LES DEMANDES) :

Nom de la personne assurée : Prénom / Deuxième nom / Nom de famille	Date de naissance : jour/mois/année

Adresse du domicile	Adresse électronique

Nom du titulaire de la police (s'il n'est pas la personne assurée) : Prénom / Deuxième nom / Nom de famille. Si le titulaire de la police est une entreprise, indiquez le nom de l'entreprise.	Adresse du titulaire de la police	Adresse électronique du titulaire

Numéros de téléphone :

Cellulaire ( ) Domicile ( ) Travail ( )

Veuillez indiquer quel serait le meilleur moment pour communiquer avec la personne assurée par téléphone afin d'avoir un entretien sur les antécédents personnels :

Jour : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Samedi

Heure : ☐ 8 h à 12 h ☐ 12 h à 16 h ☐ 16 h à 20 h

Numéro de téléphone auquel la personne assurée préfère être jointe : ☐ Cellulaire ☐ Domicile ou ☐ Travail

PARTIE A : RÉDUCTION DE L'ASSURANCE

Indiquez les modifications demandées ci-dessous :

ASSURANCE VIE : Numéro de police

☐ Réduire la prestation de décès de $ à $

☐ Retirer le nom d'une personne assurée (indiquez le nom au complet)

Prénom Deuxième nom Nom de famille

☐ Affecter la valeur de rachat de ma police à un CAPITAL ASSURÉ RÉDUIT conformément à l'option de non-déchéance.

☐ Supprimer la ou les garanties facultatives et/ou avenants (précisez)

☐ Échange → Régime demandé : → Veuillez indiquer : Échange complet ☐ **ou** Échange partiel ☐

S'il s'agit d'un échange partiel, indiquez le montant à échanger $

→ Indiquez si le solde doit être Conservé ☐ **ou** Résilié ☐

Il est entendu et convenu que le bénéficiaire de la police reste inchangé à moins d'une demande contraire de la part du titulaire de la police.

Dans la province de Québec seulement : Si la police est détenue en tenance conjointe, quelle est la relation entre les deux titulaires ?

→ Conjoint (de droit /de fait) ☐ Autre (préciser)

ASSURANCE MALADIES GRAVES : Numéro de police

☐ Réduire le montant de la prestation de $ à $

☐ Supprimer la ou les garanties facultatives (précisez)

PARTIE A : RÉDUCTION DE L'ASSURANCE – SUITE

Indiquez les modifications demandées ci-dessous :

ASSURANCE INVALIDITÉ : Numéro de police

- ☐ Réduire la prestation mensuelle de base de $ à $
- ☐ Réduire la prestation mensuelle complémentaire de $ à $
- ☐ Réduire la période d'indemnisation de à
- ☐ Prolonger le délai de carence de jours à jours
- ☐ Supprimer la ou les garanties facultatives (précisez)
- ☐ Ajouter une police à un régime d'indemnités pour perte de salaire (RIPS) existant – **Aucune modification du montant des prestations.**

➔ (Soumettez également un Formulaire de modification du régime d'indemnités pour perte de salaire, un formulaire Cession absolue attribuant la propriété de la police à l'employeur, et les renseignements bancaires applicables avec un accord de débit préautorisé.)

Remarque : Les polices qui incluent l'avenant Soins de compassion familiale ne peuvent être ajoutées à un RIPS, sauf si le propriétaire de la police autorise la suppression de l'avenant sous « Supprimer la ou les garanties facultatives » ci-dessus.

Pour les demandes de **retrait** d'une police d'un **RIPS**,
soumettez le Formulaire de modification du régime d'indemnités pour perte de salaire - Directives pour le retrait

ASSURANCE SOINS DE LONGUE DURÉE : Numéro de police

- ☐ Réduire la Garantie soins en établissement de $ à $
- ☐ Réduire la période d'indemnisation de la Garantie soins en établissement de à
- ☐ Réduire la Garantie soins à domicile de $ à $
- ☐ Réduire la période d'indemnisation de la Garantie soins à domicile de à
- ☐ Prolonger le délai de carence de la Garantie soins en établissement de jours à jours
- ☐ Prolonger le délai de carence de la Garantie soins en établissement et de la Garantie soins à domicile de jours à jours
- ☐ Supprimer la ou les garanties facultatives (précisez)

Si le seul changement demandé est traité dans la partie A, passez à la page 22 pour signer et dater la Convention.

Si le changement demandé n'est pas traité dans la partie A, remplissez les pages pertinentes dans le reste de la présente demande.

PARTIE B : REMISE EN VIGUEUR D'UNE POLICE TOMBÉE EN DÉCHÉANCE

Numéro de police _____ Assurance vie ☐ invalidité ☐ maladies graves ☐ soins de longue durée ☐

Assurance **vie** → Remplissez les parties F, I et J; Signez et datez les pages 22 et 24.

Assurance **invalidité** → Remplissez les parties F, G, H, I et J; Signez et datez les pages 22 et 24.

Assurance **maladies graves** → Remplissez les parties F, H, I et J; Signez et datez les pages 22 et 24.

Assurance de **soins de longue durée** → Remplissez les parties K et suivez les instructions supplémentaires fournies dans cette partie ; Signez et datez les pages 22 et 24.

Veuillez cocher l'une des options de paiement ci-dessous :

☐ Un chèque pour la prime en souffrance est joint à cette demande.

☐ Retirer la prime en suspens de l'accord de débit préautorisé existant pour cette police lorsque la remise en vigueur est approuvée.

→ (**Si** les coordonnées bancaires ont changé, soumettez un accord de débit préautorisé avec cette demande.)

Note de couverture: Si votre Police fait référence à une note de couverture dans la section Remise en vigueur, nous considérerons la date de la note de couverture comme la date à laquelle vous signez cette demande de remise en vigueur. Veuillez-vous référer à votre contrat et à la convention dans cette proposition pour toute question concernant la date à laquelle la remise en vigueur, si elle est approuvée, prendra effet.

PARTIE C : MODIFICATION(S) À UNE POLICE D'ASSURANCE VIE

Numéro de police _____

Indiquez le ou les changements demandés ci-dessous et fournissez les renseignements supplémentaires, puis remplissez les parties et/ou questionnaires indiqués. Signez et datez les pages 22 et 24 pour toutes les demandes de la partie C.

☐ **Changer le tarif pour un tarif non-fumeur (Remplissez les parties F (n° 1a – f), I et J; un échantillon d'urine peut être requis)**

RÉEXAMEN DE :

☐ **Exclusion ou surprime pour une activité de loisir ou un sport (« Je » s'entend de la personne assurée)**

Je confirme que je n'ai pas participé à/au _____ depuis le _____, et que je n'ai pas l'intention de reprendre la participation à cette activité. (Veuillez soumettre un questionnaire, le cas échéant.)

☐ **Exclusion ou surprime pour l'aviation**

Soumettre un Questionnaire sur l'aviation

☐ **Exclusion ou surprime pour les voyages à l'étranger**

Soumettre un Questionnaire sur les voyages

☐ **Autre exclusion et/ou surprime (remplissez les parties F (n° 1a – f), I et J)**

(Précisez) _____

AJOUT OU AUGMENTATION DE L'OPTION DE DÉPÔT :

→ Uniquement disponible si période de paiement des primes Assurance Croissance RBC^MC ou Assurance Croissance Plus RBC^MC est 20 paiements ou à vie – payables jusqu'à 100 ans et l'option de participation est bonifications d'assurance libérée.

→ Remplissez les parties **F (n° 1a – f), I et J**).

Note : *Si le montant demandé est inférieur au "montant maximal de l'option de dépôt disponible sans souscription supplémentaire" indiqué sur la dernière déclaration d'anniversaire, ne remplissez pas les parties F (#1a - f), I et J.*

→ L'option de dépôt n'est pas offerte si l'une des personne assurée représente un risque aggravé et que sa police est établie avec surprime fixe.

→ Le montant de l'option de dépôt devrait être le même montant que celui qui est indiqué dans l'illustration de la police d'assurance en vigueur.

À quelle fréquence souhaitez-vous effectuer des paiements de l'option de dépôt ? (choisissez-en un) :

Dépôt unique

☐ Dépôt unique → Montant de l'option de dépôt : _____ $

→ Précisez le montant du paiement de l'option de dépôt unique. Si cette demande est approuvée et que le paiement est reçu, l'option de dépôt maximum autorisée pour les paiements futurs sans preuve d'assurabilité sera mise à jour sur la prochaine déclaration d'anniversaire. Le montant minimum qui peut être soumis pour un paiement unique est de 100 $ si la fréquence de paiement des primes d'assurance est mensuelle ou de 1 200 $ si la fréquence de paiement des primes d'assurance est annuelle.

Dépôts Programmés

☐ Mensuellement → Montant de l'option de dépôt : _____ $

☐ Annuellement → Montant de l'option de dépôt : _____ $

→ Précisez la fréquence et le montant des paiements périodiques au titre de l'option de dépôt à l'avenir. Si cette demande est approuvée et que le premier paiement est reçu, l'option de dépôt maximum autorisée pour les paiements futurs sera mise à jour sur le prochain relevé anniversaire. Vous serez autorisé à interrompre et à reprendre les paiements de l'option de dépôt à l'avenir jusqu'à concurrence de ce montant sans avoir à présenter de preuves d'assurabilité supplémentaires. Le montant minimum qui peut être soumis pour les paiements prévus est de 100 $ si la fréquence de paiement des primes d'assurance est mensuelle ou de 1 200 $ si la fréquence de paiement des primes d'assurance est annuelle.

→ Pour les paiements d'option de dépôt mensuels et annuels, la fréquence des paiements d'option de dépôt prévus doit être la même que la fréquence des paiements de prime de police.

PARTIE D : MODIFICATION(S) À UNE POLICE D'ASSURANCE INVALIDITÉ

Numéro de police

Indiquez le ou les changements demandés ci-dessous et fournissez les renseignements supplémentaires, puis remplissez les parties et/ou questionnaires indiqués. Signez et datez les pages 22 et 24 pour toutes les demandes de la partie D.

☐ **Changer le tarif pour un tarif non-fumeur (Remplissez la partie J)**

RÉEXAMEN DE :

☐ **Exclusion ou surprime pour une activité de loisir ou un sport (« Je » s'entend de la personne assurée)**

Je confirme que je n'ai pas participé à/au depuis le n'ai pas l'intention de reprendre la participation à cette , et que je activité. (Veuillez soumettre un questionnaire, le cas échéant.)

☐ **Exclusion ou surprime pour l'aviation**

Soumettre un Questionnaire sur l'aviation

☐ **Exclusion ou surprime pour les voyages à l'étranger**

Soumettre un Questionnaire sur les voyages. **Soumettre également** une preuve de statut de résident permanent ou de citoyenneté canadienne **si** l'exclusion a été appliquée à la police en raison de l'absence de l'un ou l'autre statut.

☐ **Autre exclusion et/ou surprime (remplissez les parties F (n° 1a – f), I et J, et soumettez un questionnaire, le cas échéant.)**

(Précisez)

REHAUSSEMENT DE LA CATÉGORIE PROFESSIONNELLE

☐ Rehausser la catégorie de la profession → **en raison d'un changement de profession** → à la catégorie 4A ☐ 3A ☐ 2A ☐ A ☐

ou

☐ Rehausser la catégorie de la profession → **par des critères de rehaussement** → à la catégorie 4A ☐ 3A ☐ 2A ☐
(ne peut être rehaussée que d'une seule catégorie)

→ **Soumettre une preuve de revenu pour les 2 dernières années**

Si vous demandez un rehaussement de la catégorie professionnelle dans les deux premières années qui suivent l'établissement de la police (remplissez les parties F (n° 1a–e) et n° 2a et G)

Si vous demandez un rehaussement de la catégorie professionnelle plus de 2 ans, jusqu'à 5 ans qui suivent l'établissement de la police (remplissez les parties F (n° 1a–e) et n° 2a et G, I et J)

☐ **Ajouter l'avenant des professionnels de la santé (remplissez la partie J) (« Votre » s'entend de la personne assurée)**

→ Quelle est votre profession ?

PARTIE D : MODIFICATION(S) À UNE POLICE D'ASSURANCE INVALIDITÉ – SUITE

L'ajout des garanties facultatives énumérées ci-dessous plus de deux ans après la date d'établissement de la police ou l'ajout de garanties facultatives qui ne sont pas énumérées ci-dessous n'est possible que par remplacement interne (soumission d'une nouvelle proposition pour remplacer l'assurance en vigueur).

Ajout de garanties facultatives – (possible seulement dans les 2 premières années suivant la date d'établissement de la police)
(Remplissez les parties F, G, I et J.)

☐ Indemnité de vie chère (IVC)

☐ Définition élargie de l'invalidité (Série Fondations)

☐ Prolongation de la définition « profession habituelle » (Série Avant-garde)

☐ Premier jour d'hospitalisation

☐ Hospitalisation (Série Avant-garde)

☐ Indemnité en cas d'invalidité partielle :

☐ Partielle de courte durée – indiquer le nombre de mois → 6 mois ☐ 12 mois ☐ ou 24 mois ☐

ou

☐ Partielle de longue durée – indiquer le nombre d'années → 5 ans ☐ 10 ans ☐ ou jusqu'à l'âge de 65 ans ☐

☐ Décès et mutilation accidentels (DMA) → Prestation demandée _____ $

*Bénéficiaire de la garantie DMA **(seulement requis si vous demandez l'ajout de la garantie DMA).**

Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les prestations seront versées à la succession de la personne assurée.

*Nom du bénéficiaire _____ Lien avec la personne assurée _____

* Toutes les désignations de bénéficiaire sont révocables, sauf au Québec. Au Québec, si le conjoint auquel vous êtes légalement marié est désigné comme bénéficiaire, ce bénéficiaire est irrévocable à moins que ne soit cochée la case suivante. ☐ Révocable

* Sauf au Québec, si vous avez désigné un bénéficiaire mineur (moins de 18 ans), vous devriez désigner un fiduciaire pour éviter que les sommes dues soient consignées au tribunal. Au Québec, les prestations payables à un mineur sont versées au(x) parent(s) survivant(s) en qualité de tuteur(s).

Nom du fiduciaire _____ Lien avec la personne assurée _____

PARTIE E : MODIFICATION(S) À UNE POLICE D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

Numéro de police

Indiquez le ou les changements demandés ci-dessous et fournissez les renseignements supplémentaires, puis remplissez les parties et/ou questionnaires indiqués. Signez et datez les pages 22 et 24 pour toutes les demandes de la partie E.

☐ **Changer le tarif pour un tarif non-fumeur (remplissez la partie J)**

RÉEXAMEN DE :

☐ **Exclusion ou surprime pour une activité de loisir ou un sport (« Je » s'entend de la personne assurée)**

Je confirme que je n'ai pas participé à/au _____ depuis le _____, et que je n'ai pas l'intention de reprendre la participation à cette activité. (Veuillez soumettre un questionnaire, le cas échéant.)

☐ **Exclusion ou surprime pour l'aviation**

Soumettre un Questionnaire sur l'aviation.

☐ **Exclusion ou surprime pour les voyages à l'étranger**

Soumettre un Questionnaire sur les voyages. **Soumettre également** une preuve de statut de résident permanent ou de citoyenneté canadienne **si** l'exclusion a été appliquée à la police en raison de l'absence de l'un ou l'autre statut.

☐ **Autre exclusion et/ou surprime (remplissez les parties F (n° 1a – f), I et J, et soumettez un questionnaire, le cas échéant.)**

(Précisez) _____

Ajout de garanties facultatives

☐ Avenant d'exonération des primes en cas d'invalidité – (**possible seulement dans les 2 premières années suivant la date d'établissement de la police) (Remplissez la partie J)**

L'ajout de la Garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité plus de deux ans après la date d'établissement de la police, et/ou l'ajout de toute autre garantie facultative est seulement possible par remplacement interne (soumission d'une nouvelle proposition pour remplacer l'assurance en vigueur).

☐ **Transformation de l'assurance MG 10 ans (T10NR) en une police d'assurance MG à primes nivelées (« Vous » s'entend de la personne assurée)**

1. Les primes de la garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité que revêt la police ou au titre des dispositions d'une police de remplacement du revenu établie par la Compagnie d'assurance vie RBC font-elle actuellement l'objet d'une exonération ? . . . . . Oui ☐ Non ☐
2. Une demande de prestation de maladie grave est-elle actuellement à l'étude, une prestation de maladie grave a-t-elle été versée ou la période de survie prévue aux termes de la police a-t-elle débuté ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions ci-dessus, la transformation n'est pas possible.

Si vous avez répondu « Non » aux questions ci-dessus, veuillez indiquer ci-dessous le changement demandé.

☐ Transformation totale en une assurance → NR75 ☐, RG65 ☐, ou RG75 ☐

☐ Transformation partielle en une assurance → NR75 ☐, RG65 ☐, ou RG75 ☐

→ Prestation à transforme _____ $

PARTIE F : PROFESSION DE LA PERSONNE ASSURÉE (« Vous » et « votre » s'entendent de la personne assurée).

1. a. Avez-vous actuellement un emploi ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

   b. Profession

   c. Nom de l'entreprise/employeur

   d. Décrivez vos fonctions :

   e. Depuis combien de temps exercez-vous votre profession actuelle ?

   f. Combien d'heures par semaine travaillez-vous actuellement ?

Répondez également aux questions 2 a-d et 3 a-c pour les demandes de remise en vigueur de l'assurance invalidité :

2. a. Désignation professionnelle ou diplômes

   b. Quel pourcentage de temps passez-vous à travailler à la maison ?

   c. Votre emploi est-il saisonnier ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

   d. Si oui, nombre de semaines de travail par année ?

3. Êtes-vous admissible :

   a. à l'assurance-emploi ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

   b. à des indemnités d'accidents du travail (ex. CSPAAT, CNESST/CSST) ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

   c. à l'assurance invalidité de la CCQ ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

PARTIE G : RENSEIGNEMENTS FINANCIERS (« Vous » et « votre » s'entendent de la personne assurée).

Votre revenu gagné net correspond à votre revenu diminué des frais professionnels ou d'entreprise, avant impôt sur le revenu des particuliers. N'ajoutez pas les autres sources de revenu telles que les prestations d'assurance-emploi, le revenu de retraite, les allocations familiales ou tout autre revenu qui ne sont pas tributaires de votre capacité de travailler. Veuillez NE PAS inclure les avantages accessoires (PERKS). Ils seront inclus dans les calculs faits à notre bureau si la personne assurée y a droit.

1. a. Quel était votre revenu gagné annuel **net** inscrit dans vos déclarations de revenus fédérales des **DEUX** dernières années civiles ?

Année civile	Montant
	$
	$

   b. Si vous êtes actionnaire de la société dans laquelle vous travaillez, quelle a été votre part du revenu **net** des **DEUX** derniers exercices ?

Année civile	Montant
	$
	$

   c. Si vous êtes employé, quel est votre salaire annuel actuel ? $

PARTIE H : ASSURANCE EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE

1. Pour la **remise en vigueur** de l'assurance :

Invalidité ➔ Décrivez **toutes** les **assurances invalidité en vigueur et à l'étude**, y compris auprès de RBC.

Maladies graves ➔ Décrivez **toutes** les **assurances maladies graves en vigueur et à l'étude**, y compris auprès de RBC.

Pour tout ce qui précède ➔ Indiquez les détails sous (A) individuelle, (B) d'association, (C) ILD collective, (D) maintien du salaire ou d'un congé de maladie rémunéré par l'employeur, (E) frais généraux, (F) rachat de parts, (G) personne clé, (H) prêt commercial, (J) accident seulement, (K) régime gouvernemental, (L) maladies graves, ou (O) autre.

Précisez (O) autre _____

Si aucune, indiquez « Aucune ».

			Assurance invalidité seulement		
Compagnie d'assurance	**Montant et type d'assurance** (vie, MG ou invalidité) (A, B, C, D, etc.)	**Année et mois d'établis-sement**	Délai de carence	Période d'indemnisation	Imposable Oui / Non
	$ Type N° de la police				☐ ☐
	$ Type N° de la police				☐ ☐
	$ Type N° de la police				☐ ☐
	$ Type N° de la police				☐ ☐

PARTIE I : RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES (« Vous » et « votre » s'entendent de la personne assurée).

1. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous participé à des activités ou des sports dangereux, notamment courses d'engins motorisés, plongée sous-marine à une profondeur de plus de 30 m (100 pi), parachutisme, ski héliporté ou ski hors-piste, ou envisagez-vous de le faire ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui, veuillez préciser ou remplir le questionnaire approprié.**

Sport ou type d'activité dangereux	Dates, fréquence, professionnel/amateur, récréatif/commercial

PARTIE I : RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES – SUITE (« Vous » et « votre » s'entendent de la personne assurée).

2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique, ou envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui, fournissez des précisions, notamment les pays et villes, la durée des séjours dans chaque pays et le motif des voyages ; ou remplissez le Questionnaire sur les voyages.**

Précisions

Depuis la date de la proposition d'assurance originale :

3. Avez-vous effectué un vol à bord d'un aéronef à titre de pilote, d'élève-pilote ou de membre d'équipage, ou envisagez-vous de le faire ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui, veuillez remplir le Questionnaire sur l'aviation.**

4. Vous êtes-vous fait refuser une assurance vie, invalidité ou maladies graves ou est-il arrivé qu'une telle assurance fasse l'objet d'une surprime, soit modifiée, résiliée ou que son renouvellement ou sa remise en vigueur vous ait été refusé ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui, veuillez préciser.**

Indiquez le type d'assurance	Refusée	Avec surprime	Modifiée	Résiliée	Renouvellement ou remise en vigueur refusés	Assureur	Raison
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		

5. Avez-vous fait l'objet d'une mesure disciplinaire de votre organisme de délivrance de permis et/ou été reconnu coupable d'une infraction criminelle, ou y a-t-il actuellement une accusation de ce genre en instance contre vous ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui, veuillez préciser.**

Date de l'incident	Précisions, y compris le résultat

6. Avez-vous été condamné pour des infractions au code de la route, y compris la conduite avec facultés affaiblies, ou votre permis de conduire a-t-il été annulé, suspendu ou êtes-vous actuellement accusé d'une infraction de ce genre ?. . . . . Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui, veuillez fournir le numéro de votre permis de conduire et donner des précisions ci-dessous, y compris les dates, le type d'infraction, le nombre de km/h en sus de la limite permise.**

Numéro du permis de conduire	Détails, dates, type(s) d'infraction(s), km/h en sus de la limite

7. Avez-vous déclaré une faillite personnelle ou commerciale ou déposé une forme quelconque de proposition de consommateur ? . . . . Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui, inscrivez la date de libération et donnez des précisions ci-dessous.**

Date de libération ou de proposition de consommateur	Précisions complètes

PARTIE J : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (« Vous » et « votre » s'entendent de la personne assurée).

Quand vous répondrez à ces questions, veuillez NE PAS fournir d'information au sujet d'examens génétiques que vous avez faits ou que vous planifiez faire. Un examen génétique est une sorte d'examen médical qui analyse le ADN, ARN ou les chromosomes. Veuillez fournir l'information au sujet de tous les autres examens médicaux.

1. **Taille** actuelle _____ cm ☐ pi/po ☐ **Poids** actuel _____ kg ☐ lb ☐

2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous perdu 20 lb/10 kg ou plus ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui**

Raison	Poids perdu
	_____ kg ☐ lb ☐

3. Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale, en observation, ou suivez-vous un traitement, une thérapie ou des séances de counselling, ou **prenez-vous des médicaments** ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

Nom du médicament	Dose	Fréquence	Début de la médication

4. Avez-vous eu des symptômes ou problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

5. Qui est votre médecin de famille ou votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituels ? _____
(S'il n'y en a pas, inscrivez « Aucun ».)
Indiquez l'adresse complète et le numéro de téléphone.

6. Indiquez le nom du fournisseur de soins de santé qui détient votre plus récent dossier médical, **s'il est différent de votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituels.**

7. Date et raison pour laquelle vous avez consulté la dernière fois un médecin ou un fournisseur de soins de santé, quel qu'il soit.
Veuillez indiquer le nom du fournisseur et décrire les résultats.

8. **Au cours des 24 derniers mois,** avez-vous fait usage de cigarettes, de cigarettes électroniques, de produits de vapotage, de cigares, de pipes à eau, de noix de bétel, de produits de désaccoutumance au tabac ou de nicotine ou de tabac sous une forme quelconque ? . Oui ☐ Non ☐

Précisions/Produit (cigares, cigarettes,vapotage, etc.)	La quantité et la fréquence d'utilisation	Date de la dernière utilisation

Précisions sur le produit de désaccoutumance (type, date de début/fin)

Les précisions comprennent les symptômes, la date du début de l'affection, le diagnostic, le traitement, la date de rétablissement complet et le nom du fournisseur de soins de santé.

PARTIE J : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX – SUITE (« Vous » et « votre » s'entendent de la personne assurée).

9. Avez-vous fait usage de marijuana ou de haschisch **au cours des cinq dernières années** ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui, veuillez indiquer la quantité et la fréquence de consommation, ainsi que la date de la dernière consommation.**

10. Consommez-vous des boissons alcooliques ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui, veuillez préciser.**

	Quantité		Jour	Semaine	Mois	Année
Bière		cannettes/bouteilles	☐	☐	☐	☐
Vin		verres	☐	☐	☐	☐
Spiritueux		ml/oz	☐	☐	☐	☐

Depuis la date de la proposition d'assurance originale :

11. Avez-vous sollicité ou reçu des conseils ou des soins relativement à votre consommation d'alcool, ou consommé abusivement de l'alcool ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui, veuillez remplir le Questionnaire sur la consommation d'alcool.**

12. Avez-vous déjà fait usage de drogues illicites (par exemple : cocaïne, héroïne, fentanyl, ecstasy, hallucinogènes, stéroïdes anabolisants, etc.) ou demandé ou reçu des conseils ou des traitements relativement à l'usage de drogues, sous ordonnance ou non? . . . . . Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui, veuillez remplir le Questionnaire sur l'usage de drogues.**

13. Vous êtes-vous absenté du travail pour une période de 15 jours consécutifs ou plus en raison d'une blessure ou d'une maladie ? . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

Depuis la date de la proposition d'assurance originale, avez-vous eu des signes que vous étiez atteint de ce qui suit ou été traité pour ce qui suit :

14. a. Le SIDA, des résultats positifs ou inconnus d'un test de dépistage du VIH, ou tout autre trouble du système immunitaire ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisions

b. Maladie ou affection des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge (y compris la perte de l'usage de la parole) ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

c. Apnée du sommeil, insomnie chronique ou autre trouble du sommeil ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

d. Douleurs thoraciques, crise cardiaque, angine de poitrine, ECG anormal, pouls irrégulier, souffle au cœur, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, maladie vasculaire périphérique ou autre trouble ou maladie du cœur ou du système circulatoire ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

Les précisions comprennent les symptômes, la date du début de l'affection, le diagnostic, le traitement, la date de rétablissement complet et le nom du fournisseur de soins de santé.

PARTIE J : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX – SUITE (« Vous » et « votre » s'entendent de la personne assurée).

Depuis la date de la proposition d'assurance originale, avez-vous eu des signes que vous étiez atteint de ce qui suit ou été traité pour ce qui suit :

e. Accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), maux de tête, déficience cognitive, problèmes de mémoire, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, maladie du motoneurone, maladie de Huntington, sclérose latérale amyotrophique (SLA), évanouissements, étourdissements, convulsions, épilepsie, paralysie, sclérose en plaques, faiblesse musculaire, engourdissement ou fourmillement dans les membres ou affection cérébrale ou nerveuse ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

f. Présence de protéine, d'albumine, de sang, ou de sucre dans les urines, résultats anormaux à un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS), calculs rénaux, ou toute maladie ou tout trouble des reins, des voies urinaires, de la vessie, de la prostate ou des organes reproducteurs ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

g. Angoisse, dépression, nervosité, stress, fatigue, épuisement professionnel, trouble de l'alimentation, autre trouble émotionnel, psychiatrique ou mental, psychose ; ou avez-vous fait une tentative de suicide ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui, veuillez préciser ou remplir le Questionnaire sur la santé mentale.**

Précisez

h. Fatigue chronique, syndrome de fatigue chronique, virus d'Epstein-Barr, fibromyalgie ou douleurs chroniques ?. . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

i. Cancer, naevus dysplasique, tumeur, kyste, masse, lésion, bosse, nodule, polype ou autre excroissance, tout trouble de la peau ou des glandes lymphatiques, troubles du sang ou autre forme d'affection maligne ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

j. Diabète, glycémie élevée, affection thyroïdienne, rhumatisme, fièvre rhumatismale, lupus, goutte ou syphilis ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

k. Allergies reliées au travail, hypersensibilité ou maladies liées à des facteurs environnementaux ou allergies non saisonnières ?. . Oui ☐ Non ☐

Précisez

l. Affection des seins, y compris bosses, kystes ou autres masses, autre changement physique, clichés mammaires anormaux ou biopsie ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

Les précisions comprennent les symptômes, la date du début de l'affection, le diagnostic, le traitement, la date de rétablissement complet et le nom du fournisseur de soins de santé.

PARTIE J : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX – SUITE (« Vous » et « votre » s'entendent de la personne assurée).

Depuis la date de la proposition d'assurance originale, avez-vous eu des signes que vous étiez atteint de ce qui suit ou été traité pour ce qui suit :

m. Perte d'un membre ou difformité, hernie ou rupture, thrombose veineuse profonde, ou varices ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

n. Arthrite, maladie ou trouble de la hanche, de la cheville, du genou, du poignet, du coude, de l'épaule, des mains, des pieds ou de toute autre articulation ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Si oui, quelle(s) articulation(s) ? _____ Droite ☐ Gauche ☐ Les deux ☐

Précisez

o. Troubles du dos, de la colonne vertébrale ou des disques, y compris tours de reins, entorses ou autres affections ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui, veuillez préciser ou remplir le Questionnaire sur les troubles du dos et du cou.**

Précisez

p. Toute forme d'asthme, d'emphysème, de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), de bronchite chronique, de pleurésie, de pneumonie, de tuberculose, ou toute autre affection de la poitrine ou des poumons ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

q. Toute forme d'ulcère gastro-duodénal, d'indigestion, de colite, ou toute autre affection de l'estomac, du côlon ou des intestins, de la vésicule biliaire, du foie, du pancréas, ou avez-vous obtenu des résultats positifs à un test de dépistage de l'hépatite ou été informé que vous étiez porteur de la maladie ?. . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

Depuis la date de la proposition d'assurance originale :

15. a. Avez-vous consulté un médecin, chiropraticien, psychologue, physiothérapeute, ostéopathe, homéopathe ou autre praticien de la santé, ou été examiné par l'un d'eux ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

b. Avez-vous été en observation, traité dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement, ou vous a-t-on conseillé d'y être admis ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

c. Avez-vous fait l'objet de radiographies, d'un ECG, d'un tomodensitogramme, d'une IRM, d'analyses de sang, d'urine ou d'autres tests diagnostiques ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

Les précisions comprennent les symptômes, la date du début de l'affection, le diagnostic, le traitement, la date de rétablissement complet et le nom du fournisseur de soins de santé.

PARTIE J : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX – SUITE (« Vous » et « votre » s'entendent de la personne assurée).

Depuis la date de la proposition d'assurance originale :

d. Avez-vous subi une intervention chirurgicale, suivi un traitement ou un régime particulier, souffert de maladie, affection, anomalie ou blessures ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

e. Avez-vous été avisé de subir une épreuve diagnostique, d'être hospitalisé ou de subir une intervention chirurgicale, sans y donner suite ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Précisez

Depuis la date de la proposition d'assurance originale :

16. L'un de vos parents naturels ou de vos frères ou sœurs, vivants ou décédés, a-t-il souffert de l'une des maladies suivantes : maladie du cœur, maladie polykystique des reins, hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, diabète, cancer, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, chorée de Huntington, maladie de Parkinson, maladie du motoneurone ou quelque forme de maladie héréditaire ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous.**

Maladie	Mère	Âge au début de la maladie	Père	Âge au début de la maladie	Sœur	Âge au début de la maladie	Frère	Âge au début de la maladie
	☐		☐		☐		☐	
	☐		☐		☐		☐	
	☐		☐		☐		☐	
	☐		☐		☐		☐	

Proposantes seulement

17. Êtes-vous actuellement enceinte ? . . . . . .Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui,**

a. Quelle est la date prévue de l'accouchement ?

b. Depuis la date de la proposition d'assurance originale, avez-vous eu des complications avec cette grossesse ou une grossesse antérieure ? . . . . . .Oui ☐ Non ☐

▶▶ **Si oui, indiquez les détails.**

Au besoin, veuillez fournir ci-dessous des précisions supplémentaires relativement à toute question de la Partie J à laquelle vous avez répondu par l'affirmative.

Numéro de la question	Affections, symptômes, diagnostic et traitement	Date du début	Nom du fournisseur de soins de santé	Date de rétablissement

PARTIE K : REMISE EN VIGUEUR D'UNE POLICE D'ASSURANCE DE SOINS DE LONGUE DURÉE

(« Vous » s'entend de la personne assurée)

Veuillez répondre par « oui » ou par « non ». Ne fournissez aucune précision.

1. **Êtes-vous actuellement :**

   a) à l'hôpital ou dans une maison de soins infirmiers ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

   b) alité, obligé d'utiliser un fauteuil roulant ou avez-vous besoin de soins infirmiers ou d'assistance médicale à domicile ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

   c) en train de suivre des séances de rééducation, d'orthophonie, d'inhalation ou de dialyse rénale ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

2. **Au cours des cinq dernières années, avez-vous suivi ou vous a-t-on recommandé de suivre un traitement pour ce qui suit, ou suivez-vous actuellement un tel traitement :**

   a) sclérose en plaques, leucémie ou cirrhose hépatique ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

   b) sénilité, démence, maladie ou trouble du cerveau, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou autre maladie du motoneurone ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

   c) maladie des poumons qui nécessite l'utilisation d'oxygène ou d'un appareil mécanique pour vous aider à respirer ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

   d) diabète insulino-dépendant, rétinite, accident vasculaire cérébrale ou paralysie ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

   e) SIDA ou une autre maladie du système immunitaire ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

3. **Depuis la date de la proposition d'assurance originale :**

   a) vous a-t-on recommandé de subir une intervention pour le remplacement d'une articulation ou de subir toute autre intervention chirurgicale qui n'a pas encore eu lieu ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

   b) vous a-t-on dit que vous deviez être hospitalisé, être admis dans une maison de soins infirmiers, recevoir des soins médicaux à domicile ou avoir une dialyse rénale ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

   c) avez-vous eu ou vous a-t-on recommandé d'avoir une amputation à cause d'une maladie ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

4. Avez-vous actuellement ou avez-vous eu au cours des cinq dernières années besoin de l'aide d'un tiers pour accomplir une des activités de la vie quotidienne comme prendre votre bain, vous habiller, faire votre toilette, vous nourrir, passer du lit à une chaise, contrôler les fonctions de la vessie ou des intestins ? . . . . . Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions ci-dessus, la remise en vigueur de la couverture des soins de longue durée n'est <u>pas</u> possible. Ne soumettez <u>pas</u> une demande.

Si vous avez répondu « non » à toutes les questions ci-dessus, remplissez la partie J, répondez à la question 5 ci-dessous, et signez et datez les pages 22 et 24.

5. Prévoyez-vous résider ou voyager à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique? . . . . . Oui ☐ Non ☐

   ▶▶ **Si oui, fournissez des précisions, notamment les pays et villes, la durée des séjours dans chaque pays et le motif des voyages ; <u>ou</u> remplissez le Questionnaire sur les voyages.**

Précisez

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

CONVENTION

La Compagnie d'assurance vie RBC est désignée ci-après « la Compagnie ».

Il est convenu ce qui suit :

1. La présente demande de remise en vigueur ou de modification de police (« demande ») et tout entretien téléphonique, supplément et/ou questionnaire fournis à l'appui de cette demande feront partie intégrante de toute modification de police ou remise en vigueur établie. Je suis responsable de l'exactitude et de l'exhaustivité des renseignements fournis. J'ai lu les déclarations et les réponses consignées dans la présente demande et dans tout supplément et/ou questionnaire fournis à l'appui de cette demande. Elles sont véridiques et complètes et correctement consignées. J'ai paraphé tout changement apporté aux réponses que j'ai fournies. Je comprends que des réponses inexactes à des questions peuvent avoir une incidence sur mon admissibilité à une couverture et/ou à des prestations, et pourraient entraîner la nullité de la couverture.
2. Je mettrai fin à la couverture de toute police devant être résiliée dès que la modification de police ou la remise en vigueur demandée dans la présente demande aura été approuvée par la Compagnie. La Compagnie déterminera le montant d'assurance qu'elle pourrait éventuellement émettre d'après les réponses inscrites dans la présente demande. Si les polices devant être résiliées ne le sont pas, la modification de police ou la remise en vigueur établie par la Compagnie consécutivement à la présente demande sera annulée.
3. Aucune déclaration, ni aucun renseignement recueilli par un représentant de la Compagnie, ou par un médecin examinateur, ne doit être attribué à la Compagnie ou ne lie cette dernière, à moins que ledit renseignement ne soit contenu dans la demande ou dans toute déclaration d'état de santé et dans toute preuve d'assurabilité connexe. Seul un membre de la direction de la Compagnie peut a) altérer ou modifier les modalités de la présente demande ou de la police, ou b) renoncer à un droit ou à une exigence de la Compagnie.
4. La Compagnie a le droit d'exiger des examens ou tests médicaux pour évaluer l'assurabilité.
5. La Compagnie a le droit d'apporter la modification décrite dans la présente demande, soit en résiliant la police actuelle et en établissant une police de substitution (auquel cas, la police est réputée avoir fait l'objet d'un rachat par la Compagnie), soit en modifiant la police actuelle.
6. La présente police (si elle n'est pas tombée en déchéance) continue de produire ses effets, sous réserve de ses dispositions, jusqu'au moment où la modification ci-dessus prend effet.
7. La modification de police ou remise en vigueur demandée ne prendra effet que le jour où la demande est approuvée par la Compagnie et où toutes les primes en souffrance ont été acquittées et toutes les conditions relatives à la modification ou à la remise en vigueur de la police ont été remplies, notamment la réception et l'approbation par la Compagnie de toutes les modifications et annexes, signées par moi, nécessaires à la modification ou à la remise en vigueur la police dans le délai prévu par la Companie, à condition qu'il n'y ait aucun changement dans l'état de santé ou l'assurabilité de la personne assurée. J'informerai sans délai la Compagnie, par écrit, de tout changement touchant les réponses données dans la présente demande, y compris les réponses aux questions de l'entretien téléphonique et à tout autre questionnaire et examen paramédical ou médical (s'il y a lieu), entre la date de la proposition et la date de l'approbation de la modification de police ou de la remise en vigueur.
8. La Compagnie est autorisée à obtenir un rapport de solvabilité à mon sujet.
9. L'acception par le titulaire de toute modification de police ou remise en vigueur établie en raison de la présente demande constituera la ratification de toute modification. Toutefois, à moins que le titulaire n'y ait consenti par écrit, aucune modification ne peut être apportée quant à la catégorie, au genre d'assurance, ainsi qu'au montant, aux garanties de l'assurance et à la personne assurée.
10. J'ai reçu et lu une copie du préavis intitulé Fiche d'information à l'intention du consommateur – Préavis.
11. La Compagnie est autorisée à effectuer un prélèvement automatique, sans préavis, afin de régler tout rajustement de la prime, en vertu de l'accord de débit préautorisé déjà en vigueur.
12. La clause d'incontestabilité de la police s'appliquera pendant deux ans à compter de la date d'effet de la modification de police ou de sa remise en vigueur.
13. J'ai lu la section intitulée « Collecte, Utilisation et Communication des renseignements personnels » et j'accepte ses conditions.
14. Si j'ai fourni des renseignements personnels sur une autre personne, je confirme avoir obtenu les consentements appropriés, conformément aux lois applicables en matière de protection des renseignements personnels, pour fournir les renseignements et pour que ceux-ci soient utilisés aux fins nécessaires.
15. Il est entendu que la Compagnie constituera et maintiendra à son bureau un dossier aux fins de la présente demande et de toute demande de règlement éventuelle. J'ai le droit de consulter les renseignements personnels contenus dans ce dossier et de les faire rectifier, s'il y a lieu, en présentant une demande écrite à la Compagnie. Seuls les employés, mandataires et représentants responsables du dossier y auront accès.
16. Si mon conseiller ou moi fournissons à la Compagnie un document par courriel, en format PDF ou par télécopieur, la Compagnie peut traiter ce document comme s'il s'agissait d'un original. La Compagnie peut présumer que mon courriel, mon document PDF ou ma télécopie que mon conseiller ou moi lui avons fait parvenir est une communication digne de foi. La Compagnie peut convertir des documents papier se rapportant à ma proposition ou à la police en image électronique, dans le cadre de ses pratiques normales. Toute image électronique constituera une copie officielle du document papier. L'image électronique sera juridiquement contraignante et admissible dans toute procédure judiciaire à titre de preuve concluante du contenu du document papier comme s'il s'agissait de l'original.

Signé à _____ le _____ jour de _____
(ville/province) (mois/année)

Signature de la personne assuré ou de ses parents/tuteurs* si la personne assurée a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec)

Signature du bénéficiaire irrévocable ou privilégié (s'il y a lieu)

Signature du titulaire (s'il n'est pas la personne assurée)

Signature du cotitulaire (s'il y a lieu)

Si le titulaire est une personne morale, fournir le titre du signataire autorise.
Si le titulaire est un fiduciaire, indiquer la fiducie.

* Au Québec, s'il y a plus d'un tuteur, tous les tuteurs doivent signer, à moins qu'un des tuteurs n'ait obtenu une procuration l'autorisant à agir unilatéralement au nom de l'enfant..

Note : Si le titulaire de la police est une société, la proposition doit être signée par un dirigeant de la société, qui n'est pas la personne assurée (sauf si la personne assurée est le seul dirigeant de la société).

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

AUTORISATION

Nom de la personne assurée : _____

J'autorise la Compagnie (Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs) à mener les enquêtes nécessaires et à recueillir des renseignements personnels me concernant et / ou mon enfant (comme indiqué ci-dessus). Il est entendu que la Compagnie établira et tiendra à jour des dossiers contenant des renseignements personnels qui me concernent et / ou qui concernent mon enfant. Il est entendu également que l'accès à mes renseignements personnels et / ou à ceux de mon enfant sera limité aux employés de la Compagnie, et aux autres personnes embauchées 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. En outre, il est entendu que, sauf lorsque la Compagnie peut limiter mon accès aux renseignements personnels me concernant et / ou concernant mon enfant, et qu'elle le fait légalement, je serai autorisé à examiner les copies des documents contenant lesdits renseignements personnels que la Compagnie a en sa possession, sous réserve du paiement de frais de reproduction raisonnables. Il est entendu également que je serai autorisé à demander de consulter ces documents et à y signaler toute erreur, et à demander à la Compagnie de les rectifier en lui faisant parvenir, par la poste, une demande écrite. J'autorise les personnes, les institutions et les organismes énumérés ci-dessous à divulguer et à fournir à la Compagnie tout renseignement, dossier ou autres données me concernant et / ou concernant mon enfant, concernant mes antécédents ou traitements médicaux et / ou ceux de mon enfant, et concernant mon revenu et mes emplois passés et actuels et / ou ceux de mon enfant, qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité et leur demande de le faire.

Personnes à qui la présente autorisation s'applique : Tout médecin autorisé, infirmier, conseiller, psychologue, travailleur social, thérapeute, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de réadaptation ou de 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'assurance ou de réassurance ou toute autre institution financière ; mon employeur et / ou celui de mon enfant ou mes anciens employeurs et / ou ceux de mon enfant et tout ministère ou organisme fédéral ou provincial, y compris les autorités fiscales fédérales et provinciales et les bureaux du ministère du Transport provincial ; le MIB, LLC ; ainsi que toute autre personne, agence, agence d'évaluation du crédit ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant et / ou concernant mon enfant. Cette autorisation visant à obtenir des renseignements reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Si je décide de révoquer la présente autorisation d'obtenir des renseignements, la compagnie pourrait mettre fin au processus de tarification et/ou résilier la police, si une police a été établie.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçus par la Compagnie en vertu de la présente autorisation, qu'il s'agisse de renseignements médicaux ou non, sera utilisé aux fins de l'évaluation du risque à assurer, de l'évaluation des demandes de règlement, de la vérification de la validité de la police telle qu'elle a été établie ainsi que de l'établissement et de la livraison de la police. Dans la mesure raisonnable et nécessaire à ces fins, j'autorise la Compagnie à communiquer lesdits renseignements, dossiers ou données reçus au MIB, LLC, à d'autres compagnies d'assurance ou à tout autre réassureur ainsi qu'à mon représentant de service, notamment mon conseiller ou courtier en assurance. Cette autorisation de communiquer des renseignements dans la mesure raisonnable et nécessaire reste valide à moins que je ne la révoque par écrit.

J'autorise la Compagnie à communiquer à mon représentant de service tout renseignement important concernant mes antécédents médicaux et personnels et / ou ceux de mon enfant uniquement dans le but d'expliquer toute décision se rapportant à la tarification. Les renseignements ainsi communiqués pourraient comprendre des antécédents de maladie mentale, de maladie infectieuse, de consommation de drogue et d'alcool, des dossiers relatifs à une activité criminelle ou tout autre fait qui aurait une incidence importante sur la décision de la Compagnie de m'assurer et / ou d'assurer mon enfant. La présente autorisation de divulgation des renseignements à cette fin reste valide pendant 60 jours à partir de la plus éloignée des dates suivantes : la date à laquelle la Compagnie établit une nouvelle police ou modifie une police existante et la date à laquelle la Compagnie m'avise par écrit que ma demande et / ou celle de mon enfant a été refusée, retirée ou jugée comme incomplète.

Je n'accepte pas la divulgation des renseignements médicaux et personnels au représentant de service : ☐

J'autorise également la Compagnie à divulguer à mon professionnel de la santé et / ou à celui de mon enfant, tout renseignement d'ordre médical recueilli pour cette proposition d'assurance, y compris les résultats de test sanguin, d'analyse d'urines ou des tests de dépistage de drogue dans l'urine en vue de lui révéler toute constatation médicale pouvant nécessiter une investigation ou un traitement plus poussé ou en vue de lui expliquer toute décision de tarification. La présente autorisation de divulgation des renseignements médicaux reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, a la même valeur que l'original. Toute modification de la présente autorisation la rendra nulle et non avenue.

Signé à _____ le _____ jour de _____ Année _____
Ville/Province Mois

_____
Signature de la personne assurée ou de ses parents/tuteurs* si la personne assurée a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec)

* Au Québec, s'il y a plus d'un tuteur, tous les tuteurs doivent signer, à moins qu'un des tuteurs n'ait obtenu une procuration l'autorisant à agir unilatéralement au nom de l'enfant.

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

DÉCLARATION DU CONSEILLER

J'ai expliqué clairement les dispositions et restrictions de la modification de la police ou remise en vigueur demandée à la personne assurée et au(x) titulaire(s). J'ai posé distinctement toutes les questions comprises dans la demande, ou la personne assurée et le(s) titulaire(s) les ont lues distinctement. À ma connaissance, ils ont compris toutes les questions. À ma connaissance, toutes les réponses et déclarations figurant dans la demande ont été transcrites intégralement et correctement. Aucun renseignement pertinent au sujet de la personne assurée n'a, à ma connaissance, été passé sous silence dans la demande.

Date (jj/mm/aaaa)		
Signature du conseiller		
Nom du conseiller		
Nom de la société du conseiller		
Bureau de commercialisation		

Veuillez utiliser cet espace pour nous communiquer des directives particulières ou nous fournir tout autre renseignement pertinent à l'évaluation du risque.