

# Demande de prestations d'invalidité - Déclaration du client



Assurances

Indemnité hebdomadaire en cas d'accident/association : N° de police : \_\_\_\_\_

Invalidité de courte durée – Recommandation de paiement : N° de police : \_\_\_\_\_

Invalidité de courte durée : N° de police : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR VOUS

M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  D/D<sup>re</sup>  Autre \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)  Homme  Femme

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Deuxième prénom \_\_\_\_\_

Nom usuel (s'il diffère de votre prénom) \_\_\_\_\_

Adresse (app., rue, ville, province, code postal) \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone à domicile : ( ) \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone cellulaire : ( ) \_\_\_\_\_

Adresse de courrier électronique : \_\_\_\_\_

## PRÉCISIONS SUR VOTRE DEMANDE DE PRESTATIONS

- Dernier jour de travail ? \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)
  - Quelle est la date à laquelle vous n'avez pas pu travailler pour la première fois ? \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)
  - Ce jour-là, avez-vous travaillé toute la journée ?  Oui  Non  
Si « Non », veuillez donner de précisions : \_\_\_\_\_
  - Quel est le motif de l'arrêt de travail ? \_\_\_\_\_
- Décrivez les symptômes dont vous souffrez actuellement et qui vous empêchent de travailler (y compris la date à laquelle les symptômes sont apparus pour la première fois) \_\_\_\_\_
- Votre affection est-elle attribuable à un accident ?  Oui  Non  
Si « Oui », lieu de l'accident : à la maison au travail ailleurs  à la maison  au travail  ailleurs
- Circonstances \_\_\_\_\_
- Date de l'accident : \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA) Heure : \_\_\_\_\_ (format 24 h)
- Date de retour au travail ou date prévue de retour au travail : \_\_\_\_\_  
Retour à temps plein (JJ/MM/AAAA) Retour à temps partiel (JJ/MM/AAAA)

**IMPORTANT : Si votre prestation est imposable**, veuillez remplir les deux champs relatifs aux montants d'exonération (réclamés) d'impôt fédéral \_\_\_\_\_ \$ et provincial \_\_\_\_\_ \$ en remplissant les formulaires requis, accessibles sur le site Web de l'ARC <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/formulaires-publications/td1-declarations-credits-impot-personnels.html>.

## AUTRE FORMES DE REMPLACEMENT DU REVENU ET AUTRES ASSURANCES

- Avez-vous présenté une demande de prestations d'invalidité ou recevez-vous un revenu d'une autre source ? (p. ex., CAT/CSST, assurance invalidité ou automobile, revenu d'emploi)  Oui  Non Si « Oui », remplissez le tableau suivant :

Source de revenu	Oui/Non	Numéro de police	Montant hebdomadaire/mensuel	Date de présentation de la demande	État	Début des paiements	Fin des paiements
Assurance emploi							
Prestations versées par la CAT/CSST							
Assurance automobile							
RPC/RRQ							
Autre (précisez) : _____							

(Joindre une copie de toute la correspondance pertinente, y compris le rapport d'accident)



**VOTRE TRAITEMENT**

1. Date du premier traitement par un médecin pour cette affection : \_\_\_\_\_(JJ/MM/AAAA)
2. Si vous avez été hospitalisé : Date d'admission : \_\_\_\_\_(JJ/MM/AAAA)      Date de sortie: \_\_\_\_\_(JJ/MM/AAAA)
3. 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, vos physiothérapeutes, vos chiropraticiens, vos psychologues et vos thérapeutes, en commençant par le plus récent. Énumérez tout autre professionnel de la santé sur une feuille séparée.

<b>Médecin/professionnel de la santé :</b>	<b>Spécialité :</b>
--	---------------------

Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal)

N° de téléphone (      )	N° de télécopieur (      )	Date des consultations (JJ/MM/AAAA)
--------------------------	----------------------------	-------------------------------------

Traitement

<b>Médecin/professionnel de la santé :</b>	<b>Spécialité :</b>
--	---------------------

Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal)

N° de téléphone (      )	N° de télécopieur (      )	Date des consultations (JJ/MM/AAAA)
--------------------------	----------------------------	-------------------------------------

Traitement

<b>Médecin/professionnel de la santé :</b>	<b>Spécialité :</b>
--	---------------------

Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal)

N° de téléphone (      )	N° de télécopieur (      )	Date des consultations (JJ/MM/AAAA)
--------------------------	----------------------------	-------------------------------------

Traitement

**DÉPÔT DIRECT**

N° de domiciliation : [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	N° d'institution bancaire : [ ][ ][ ][ ]	N° de compte bancaire : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
Compte : <input type="checkbox"/> Chèques <input type="checkbox"/> Épargne <b>(Les comptes de marge de crédit ne sont pas acceptés)</b>		

J'autorise la Compagnie d'assurance vie RBC (« RBC Assurances ») à déposer mes prestations dans mon compte bancaire auprès de l'institution financière susmentionnée et ce, jusqu'à nouvel ordre écrit de ma part

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*\*Joindre une copie numérique d'un chèque non signé, marqué « NUL ».*



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) à ma 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 auprès de tierces parties, y compris à recueillir tout renseignement personnel accessible en ligne, notamment dans les sites Web d'information, les médias sociaux, les répertoires d'entreprises et de membres de profession libérale, les registres publics et, au besoin, à informer toute tierce partie que j'ai présentée une demande de prestations à la compagnie et à leur communiquer les renseignements pertinents à cette demande de prestations. 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. J'ai lu et compris l'Avis de protection des renseignements personnels à l'échelle mondiale à l'adresse https://www.rbc.com/rensperssecurite/ca/avis-rens-pers-mondiale.html, et j'accepte de m'y conformer.

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 obligations ou investigations concernant les vérifications, la lutte anti-blanchiment, le financement du terrorisme, la détection, la prévention ou la suppression de 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 fait valoir ses droits de subrogation ou 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 : [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ]

X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature du témoin (JJ/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_ Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Envoyer la formule dûment remplie et les documents par courriel à nos bureaux : intake@rbc.com

Vous pouvez également envoyer les renseignements par télécopieur au : Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes, 1 800 714-8861.

Si vous avez des questions, appelez-nous au 416 643-4700 ou au numéro sans frais 1 877 519-9501. Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes, C.P. 4435, succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8 www.rbcassurances.com



Nom de l'entreprise	S'il s'agit d'une société affiliée, d'une filiale, d'une succursale ou d'une société membre, précisez son nom	
Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal)	N° de téléphone ( )	
Personne-ressource	N° de téléphone ( )	N° de télécopieur ( )

Courriel de la personne-ressource

Nom de l'employé/l'assuré	Date de naissance de l'employé/l'assuré (JJ/MM/AAAA)	N° de participant
---------------------------	--	-------------------

Nom usuel (s'il diffère du prénom)

Adresse de l'employé/l'assuré (numéro et rue, ville, province, code postal)

Titre du poste de l'employé/l'assuré	Date d'embauche (JJ/MM/AAAA)	Date d'effet de l'assurance (JJ/MM/AAAA)
--------------------------------------	------------------------------	--

Quelle était la profession de l'employé/l'assuré au début de l'invalidité et depuis combien de temps occupait-il son poste?  employé permanent  employé à temps partiel  autre (précisez)

Dressez la liste de ses tâches ou joignez une copie de la description de poste

Quelles sont les heures de travail habituelles d'une journée normale, exclusion faite des heures supplémentaires? De \_\_\_\_\_ h à \_\_\_\_\_ h (format 24 h)  
Veuillez fournir l'horaire moyen d'une semaine complète de travail ou d'un cycle de travail, en précisant le nombre d'heures de travail par jour:

	D	L	M	M	J	V	S	Le cycle se répète-t-il? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Heurs								Nombre moyen d'heures de travail par semaine : _____

Inscrivez «0» les jours où le demandeur ne travaille pas

L'employé/l'assuré a-t-il été mis à pied?  Oui  Non Si «Oui», quand? \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

L'employé/l'assuré a-t-il été rappelé?  Oui  Non Si «Oui», quand? \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

L'employé/l'assuré a-t-il quitté son emploi?  Oui  Non Si «Oui», quand? \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

Dernier jour de travail (JJ/MM/AAAA)	Date de retour au travail ou date prévue de retour au travail
	Date de retour à temps plein (JJ/MM/AAAA) _____
	Date de retour à temps partiel (JJ/MM/AAAA) _____

Salaire normal avant l'invalidité : _____ \$ (joindre des pièces justificatives des revenus)	Revenu assurable au titre de l'AE au dernier jour de travail : _____ \$
<input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Annuel	

Offrez-vous un programme de retour au travail pour faciliter le retour au travail anticipé?  Oui  Non Si «Oui», précisez :

Décrivez les mesures d'adaptation qui pourraient être envisagées pour ce poste :

(Dans le cas d'un accident du travail, veuillez joindre une copie du rapport d'accident.)

## SIGNATURE

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

X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature du représentant du service des avantages sociaux (JJ/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Titre du poste N° de téléphone

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Courriel N° de télécopieur

**Envoyer la formule dûment remplie et les documents par courriel à nos bureaux : [intake@rbc.com](mailto:intake@rbc.com)**

Vous pouvez également envoyer les renseignements par télécopieur au : Compagnie d'assurance vie RBC,  
Service des règlements, Assurances de personnes, 1 800 714-8861.

Si vous avez des questions, appelez-nous au 416 643-4700 ou au numéro sans frais 1 877 519-9501.

Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes, C.P. 4435, succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8

[www.rbcassurances.com](http://www.rbcassurances.com)



### RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT AU RÉGIME/SALARIÉ ET CONSENTEMENT (à remplir par le participant)

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M <sup>lle</sup> <input type="checkbox"/> D'/D <sup>re</sup> <input type="checkbox"/> Autre _____		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance : _____ <small>(JJ/MM/AAAA)</small>
Nom du participant/salarié : Nom de famille		Prénom :	Second prénom :
Nom usuel (s'il diffère du prénom)			
Adresse (app. / rue / ville / province / code postal)			
No de téléphone (domicile) : (       )	No de téléphone cellulaire : (       )	Taille actuelle :	Poids actuel :
Nom de l'employeur :		No du contrat :	No du certificat du participant :
<b>Dernier jour de travail :</b> _____ <small>(JJ/MM/AAAA)</small>		<b>Date du retour au travail ou date prévue du retour au travail :</b> _____ <small>(JJ/MM/AAAA)</small>	

J'autorise par la présente la communication à la Compagnie d'assurance vie RBC ou à ses mandataires de tous les renseignements médicaux et sur ma santé figurant dans mon dossier pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et pour l'administration du régime. Les renseignements médicaux et sur la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, copie de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation. Il est entendu que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que sans celui-ci ma demande de prestations ne peut être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir la présente déclaration sont à ma charge.

Signature du participant/salarié

Date du consentement (JJ/MM/AAAA)

### DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

**Au Médecin :**

- Si votre patient est de retour au travail ou s'il est prévu qu'il le soit dans les 4 semaines suivant la date de son dernier jour de travail, veuillez remplir **la page 1 uniquement** et apposer votre signature à la fin du formulaire.
- Pour les absences risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir **les pages 1 et 2 au complet**.

**Diagnostic**

Diagnostic primaire : \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'un accouchement : Date prévue ou réelle : \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

 Voie vaginale     Césarienne
**Maladie professionnelle ou accident du travail**L'affection est-elle attribuable au travail?     Oui     Non

Date de la première consultation pour cette affection : _____ <small>(JJ/MM/AAAA)</small>	Date du premier jour d'absence du travail en raison de l'affection : _____ <small>(JJ/MM/AAAA)</small>
--	---

**Hospitalisation**Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? ou a-t-il subi une intervention de chirurgie ambulatoire? 

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description :

Description : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

**Traitement** (médicament, posologie, physiothérapie, autre) :**Pronostic** (veuillez indiquer le pronostic de rétablissement) :



**SUITE DE LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – Si l'absence risque de se prolonger au-delà de 4 semaines**

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser la date :

\_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

Veuillez décrire les symptômes actuels, leur gravité et leur fréquence :

Fréquence des consultations :  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre : \_\_\_\_\_

**Veuillez joindre à la présente une copie de tous les documents pertinents :**

- Résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué).
- Rapports de consultation.

**Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient a consulté ou consultera un spécialiste relativement à l'affection.**

Nom du spécialiste : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_ Date de la consultation : \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

À la lumière de vos constatations et de vos observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et limitations d'ordre cognitif ou physique s'appliquant actuellement à votre patient :

Veuillez nous faire part de toute complication ou de toute autre affection influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou sur la période de convalescence prévue :

À votre connaissance, le patient suit-il le programme de traitement recommandé?  Oui  Non

Croyez-vous que votre patient est en mesure de gérer ses propres affaires?  Oui  Non

**Pronostic** (veuillez indiquer le pronostic de rétablissement, sauf si déjà indiqué en page 1) :

**Note**

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de la Compagnie d'assurance vie RBC auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, vous consentez à ce qu'ils soient communiqués tels quels.

Médecin traitant : (en caractères d'imprimerie)		Spécialiste agréé :	Tampon du médecin
Adresse : (rue, ville, province, code postal)			
N° de téléphone : (      )	N° de télécopieur : (      )		
Signature	Date: _____ (JJ/MM/AAAA)		

**REMARQUE : LES HONORAIRES EXIGÉS POUR REMPLIR LA PRÉSENTE DÉCLARATION SONT À LA CHARGE DU PATIENT.**

**Envoyer la formule dûment remplie et les documents par courriel à nos bureaux : [intake@rbc.com](mailto:intake@rbc.com)**

Vous pouvez également envoyer les renseignements par télécopieur au : Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes, 1 800 714-8861.

Si vous avez des questions, appelez-nous au 416 643-4700 ou au numéro sans frais 1 877 519-9501.

Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes, C.P. 4435, succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8

[www.rbcassurances.com](http://www.rbcassurances.com)

## 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 également recueillir ces renseignements auprès de tierces parties, y compris à recueillir tout renseignement personnel accessible en ligne, notamment dans les sites Web d'information, les médias sociaux, les répertoires d'entreprises et de membres de profession libérale, les registres publics, et diverses ressources. 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'avèreraient nécessaires pour les services que nous vous procurons. Nous ne communiquons pas à votre employeur les renseignements pertinents à votre état de santé sans votre consentement.

Si notre prestataire de 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/renewssecurite](http://www.rbc.com/renewssecurite).