

RENSEIGNEMENTS SUR VOUS

Nom au complet (Nom de famille, prénom, initiale) :	
Police n° :	Demande de règlement n° :
Adresse (app./rue/ville/province/code postal) :	
N° de téléphone (domicile) :	N° de téléphone (travail) :
Adresse de courrier électronique :	N° de téléphone cellulaire :

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Quel est votre diagnostic actuel ? Primaire : Secondaire :
Quels sont vos symptômes actuels ? Comment vos symptômes actuels vous empêchent-ils de travailler ?
Décrivez vos activités actuelles et comment votre état ou vos symptômes ont influé sur ces activités :
Quelles sont vos restrictions (ce que vous ne DEVRIEZ pas faire) ?
Quelles sont vos limitations (ce que vous ne POUVEZ pas faire) ?
Est-ce que votre médecin traitant vous a fait part de nouvelles restrictions ou limitations ?



Nom du médecin principal :

Veillez donner les noms des autres médecins et/ou thérapeutes consultés :

Nom et spécialité	Adresse	N° de téléphone	Date(s) de consultations (JJ/MM/AAAA)

Avez-vous été hospitalisé depuis votre dernière déclaration ? Oui Non

Dans l'affirmative, du : au :

Raison :

Nom et adresse de l'hôpital :

Veillez fournir la liste des traitements actuels, notamment les médicaments/posologies, les thérapies et les programmes de réadaptation :

Pensez-vous que le traitement est bénéfique, ou le sera ?

Êtes-vous retourné aux études, ou avez-vous suivi un cours ? Oui Non

Dans l'affirmative : Date de début (JJ/MM/AAAA) :

Temps plein

Temps partiel

Diplôme, certificat ou autre reçu ? Oui Non

Dans l'affirmative, fournir des détails et la date de fin :

Êtes-vous en mesure de faire du bénévolat ou avez-vous voyagé (national ou international) ? Oui Non

Dans l'affirmative pour voyagé : Date(s) de voyage et destinations(s) :

Dans l'affirmative pour faire du bénévolat : Temps plein Date de début (JJ/MM/AAAA) :

N^{bre} d'heures :

Temps partiel

Hebdomadaire Mensuelle Autre :

Fournir des détails :



Depuis votre dernière déclaration, avez-vous exercé des activités professionnelles, rémunérées ou non ?

Oui Non

Dans l'affirmative, des activités liées au même emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative : <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	Date de début (JJ/MM/AAAA) :	N ^{bre} d'heures :
	Fournir des détails :		
	Décrivez votre situation professionnelle (p. ex. employeur, travailleur autonome, associé, entreprise en ligne / à domicile, etc.) et fournir des détails :		
	Si vous travaillez actuellement, vos fonctions normales ont-elles été modifiées suite à votre état ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez préciser :		
Dans la négative, avez-vous fait des efforts ou demandé de l'information, y compris à votre médecin traitant, pour tenter un retour au travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, fournir des détails, y compris ce qui vous semble des modifications possibles pour permettre votre retour au travail :		

Recevez-vous des prestations des sources suivantes ou en avez-vous fait la demande ?

Sources de revenu	Oui/Non	Police n°	Montant	Date de la demande (JJ/MM/AAAA)	Date du début des prestations (JJ/MM/AAAA)
CNESST / CSST / CSPAAT			\$		
Régime de pensions du Canada / Régie des rentes du Québec			\$		
Régime de retraite			\$		
Assurance automobile ou invalidité			\$		
Autres (précisez) :			\$		

Veillez nous fournir une copie de toute la correspondance que vous avez reçue si les renseignements ont changé depuis la dernière mise à jour.

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>.



AVIS RELATIF À LA FRAUDE

Toute personne qui remplit sciemment une formule de demande de règlement renfermant des renseignements faux ou mensongers est passible de poursuites criminelles ou civiles.

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

Signature du client

Date (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 présenté 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/remperssecurite/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 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 _____ Signature du client _____ Nom du client (en caractères d'imprimerie) _____ Date (JJ/MM/AAAA)

Numéro d'assurance sociale : - -

X _____ Signature du témoin _____ Nom du témoin (en caractères d'imprimerie) _____ Date (JJ/MM/AAAA)

Envoyer la formule dûment remplie 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.