

Demande de prestations d'invalidité Section de l'employeur



Assurances

Nom du client : _____

Numéro(s) de police : _____

Nom de l'employeur : _____

REEMPLIR LA FORMULE :

Nous voulons nous assurer que la demande de prestations est traitée correctement et rapidement. Pour accélérer le processus, nous avons élaboré la présente demande de prestations d'invalidité de manière à obtenir le plus de renseignements possible au début du processus. Ces renseignements nous aideront à déterminer les prestations qui sont payables au titre du contrat que vous détenez auprès de nous.

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

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

