

## DIRECTIVES DE L'EMPLOYEUR

- ❶ Envoyer la déclaration du client au bénéficiaire pour qu'il la remplisse et vous la retourne.  
Compléter la déclaration de l'employeur.

Ces formulaires représentent la demande de règlement. Des omissions ou erreurs peuvent causer un retard. De la documentation supplémentaire peut être demandée par **Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Assurances)** lors de l'évaluation de ces formulaires.

- ❷ Envoyer ces documents à **RBC Assurances** au : [intake@rbc.com](mailto:intake@rbc.com)

- Déclaration de l'employeur.
- Déclaration du client.
- Copie numérique de formulaire d'adhésion et tout formulaire de changement de bénéficiaire.
- Si le bénéficiaire est la succession de la personne assurée, une copie de l'acte de désignation nommant l'exécuteur, l'administrateur ou un représentant personnel.

- ❸ Pour toutes les demandes de règlement de décès accidentels :

Fournir une déclaration du médecin dûment remplie.

Pour les montants d'assurance-vie jusqu'à 150 000 \$ :

Fournir une copie de la déclaration du directeur funéraire ou une déclaration dûment remplie du médecin.

Pour les montants d'assurance-vie de 150 000 \$ ou plus :

Fournir une copie du certificat de décès ou une déclaration du médecin dûment remplie.

**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)



- 1. Mon nom complet est : Date de naissance :
Adresse : N° de téléphone :
Adresse de courrier électronique :
Je fais une demande de règlement en ma qualité de :
2. Quelle était votre relation avec le défunt ?
3. Le défunt a été blessé le et est décédé le
4. Le décès est-il le résultat d'un accident ?
5. Quand et où le défunt a-t-il été suivi par un médecin pour la première fois en relation avec cette demande de règlement ?
6. Faites une liste de tous les médecins et hôpitaux où un traitement a été fait dans les cinq dernières années :
7. Le défunt avait-il une autre assurance-vie au moment du décès ?

DÉPÔT DIRECT

0000 0001 234 56 78

N° de domiciliation : N° d'institution bancaire : N° de compte bancaire :
Compte : Chèques Épargne (Les comptes de marge de crédit ne sont pas acceptés)
Nom du client (nom du titulaire du compte) :

J'autorise la Compagnie d'assurance vie RBC (« RBC Assurances ») à déposer le produit de mon assurance vie 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 un formulaire de déclaration du client renfermant des renseignements faux ou mensongers est passible de poursuites criminelles ou civiles.

Je, (en caractères d'imprimerie), déclare que les renseignements ci-dessus sont vrais et complets, au meilleur de ma connaissance et pour autant que je sache.

Date (JJ/MM/AAAA) Signature du client

AUTORISATION

À qui de droit:

J', autorise par la présente tout hôpital, médecin, ou autre médecin désigné, toute clinique ou tout autre établissement médical, toute pharmacie, tout bureau du coroner, tout département de police et toute compagnie d'assurance à divulguer ou fournir à la compagnie (la compagnie s'entend de la Compagnie d'assurance vie RBC, des Services d'assurance RBC Inc., de ses fournisseurs de service, de ses représentants et de tout réassureur participant), à ses filiales ou représentants, tous les renseignements attendant à toute maladie, y compris le SIDA, le syndrome apparenté au SIDA (ARC), les maladies mentales, l'abus d'alcool/de drogue, les blessures, l'historique médical, les consultations, les prescriptions, les traitements ou les prestations, et les copies de tout dossier pertinent en ce qui concerne, qui pourrait être demandé. J'autorise également son employeur à divulguer tous les renseignements nécessaires pour le traitement de la demande de règlement. J'ai lu et compris l'Avis de protection des renseignements personnels à l'échelle mondiale à l'adresse www.rbc.com/rensperssecurite, et j'accepte de m'y conformer.

Les renseignements fournis à la compagnie, ses filiales ou ses représentants seront utilisés uniquement pour l'administration de la/des demande(s) de règlement en titre ci-haut.

Une photocopie de cette autorisation doit être considérée aussi valide que l'original et est en vigueur pour la durée de la demande de règlement.


**1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE (Compléter pour toutes les demandes de règlement)**

Indiquer le type de demande de règlement soumise :  Ass.-vie employé  Ass.-vie pers. à charge  Décès accidentel

Le défunt avait-il d'autres assurances ?  Assurance-vie collective  Assurance-vie individuelle  Assurance invalidité

Oui  Non  Ne sais pas  Oui  Non  Ne sais pas  Oui  Non  Ne sais pas

**2. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (Compléter pour toutes les demandes de règlement)**

Nom complet de l'employé assuré \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

Adresse de l'employé (app. / rue / ville / province / code postal)

Profession \_\_\_\_\_ Salaire / Taux salarial (Joindre la preuve des gains) \_\_\_\_\_ \$  
 à temps plein  à temps partiel  travail saisonnier

Montant d'ass.-vie collective RBC Assurances \_\_\_\_\_ \$ Ass.-vie de base \_\_\_\_\_ \$ Ass.-vie facultative \_\_\_\_\_ \$  
Date d'effet de l'assurance-vie RBC Assurances \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

Date du dernier changement du montant assuré \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA) Montant du dernier changement \_\_\_\_\_ \$ Ass.-vie de base \_\_\_\_\_ \$  Hausse  Baisse  
Ass.-vie facultative \_\_\_\_\_ \$  Hausse  Baisse

Date de l'embauche \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA) Dernier jour travaillé \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA) Date du décès \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

Raison pour l'arrêt de travail \_\_\_\_\_ Cause du décès \_\_\_\_\_

Y a-t-il demande de prestations pour décès accidentel ?  Oui  Non Si "Oui," donner les montants De base \_\_\_\_\_ \$ Facultative \_\_\_\_\_ \$  
Y a-t-il demande pour l'exonération des primes avant le décès ?  Oui  Non La personne assurée était-elle considérée comme un membre / employé à la date du décès ?  Oui  Non

Décès ou invalidité suite à :  Accident non professionnel  Accident professionnel Date et heure de l'accident \_\_\_\_\_ a.m./p.m.  
(S'il s'agit d'un accident professionnel, joindre le rapport d'accident de l'employeur) \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

Les primes sont-elles terminées ?  Oui-donner date \_\_\_\_\_  Non (JJ/MM/AAAA) Si l'assurance est résiliée, la personne assurée a-t-elle été avisée de son droit de transformation ?  Oui-donner date \_\_\_\_\_  Non (JJ/MM/AAAA)

**RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À CHARGE (Ne compléter que pour les demandes de règlement pour l'ass.-vie de pers. à charge et/ou le décès accidentel de pers. à charge)**

Nom complet de la personne à charge décédée \_\_\_\_\_ Relation avec l'employé \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

Date du décès \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA) Date d'effet de l'assurance de la personne à charge \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA) Montant assuré \_\_\_\_\_ \$

**RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE (Compléter pour toutes les demandes de règlement)**

Nom du bénéficiaire \_\_\_\_\_ Relation avec l'employé \_\_\_\_\_ Date de naissance du bénéficiaire \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

Adresse (app. / rue / ville / province / code postal) \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale du bénéficiaire \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR (Compléter pour toutes les demandes de règlement)**

Nom de la compagnie \_\_\_\_\_ S'il s'agit d'un affilié, d'une filiale, d'une succursale ou d'un employeur membre, en donner le nom : \_\_\_\_\_

Adresse (rue / ville / province / code postal) \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_

Aux soins de : \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_

N° de la / des police(s) collective(s) \_\_\_\_\_ N° de l'unité d'assurance \_\_\_\_\_ N° de la catégorie \_\_\_\_\_

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



Nom complet du défunt	Date du décès _____ (JJ/MM/AAAA)
Résidence lors du décès	Endroit du décès
Âge lors du décès ou date de naissance _____ (JJ/MM/AAAA)	(Si à un hôpital ou une institution, en donner le nom)

**Cause du décès** (Ne donner qu'une seule cause pour a, b et c).  
Maladie ou affection causant directement le décès : (Ceci ne signifie pas le mode de décès, tel qu'arrêt du cœur, asthénie, etc. Ceci signifie la maladie, blessure ou complication qui a causé le décès.)

Intervalle entre l'apparition et le décès

(a) \_\_\_\_\_ (a)

Causes antécédentes : (Affections morbides, le cas échéant, provoquant la cause (a) en donnant la cause fondamentale en dernier)

Causé par (b) \_\_\_\_\_ (b)

Causé par (c) \_\_\_\_\_ (c)

Autres affections importantes : (Ayant contribué au décès mais n'étant pas reliées à la maladie ou l'affection causant le décès).

Date de première consultation pour dernière maladie _____ (JJ/MM/AAAA)	Date de dernière consultation pour dernière maladie _____ (JJ/MM/AAAA)
---	---

Si le décès fût causé par un accident, suicide ou homicide, veuillez spécifier. \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu une enquête ?  Oui  Non

Y a-t-il eu une autopsie ?  Oui  Non

Décrire brièvement. \_\_\_\_\_ Si oui, par qui et avec quels résultats ?

Les blessures décrites ci-haut, seules et indépendamment de toute autre cause, sont-elles suffisantes pour causer la mort à une personne normale et en santé ?  Oui  Non

Selon votre opinion, le défunt utilisait-il de l'alcool, des médicaments non prescrits et/ou prescrits autres que ceux qui lui avaient été prescrits ?  Oui  Non

Avez-vous traité ou conseillé le défunt pendant les trois dernières années avant la dernière maladie ?  Oui  Non

À votre connaissance, le défunt a-t-il reçu un traitement d'un autre médecin pendant les trois dernières années dans un hôpital ou une institution quelconque ?  Oui  Non

Si vous avez répondu "Oui" à l'une des questions, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom	Adresse	Nature de la maladie ou blessure	Dates (JJ/MM/AAAA)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Tous honoraires pour compléter ce formulaire sont la responsabilité du client.**

**X**

Signature \_\_\_\_\_ Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Diplôme et spécialité \_\_\_\_\_

Nom du médecin \_\_\_\_\_  Soins primaires  Conseiller

Adresse \_\_\_\_\_  Autre \_\_\_\_\_  
(rue / ville / province / code postal)

N° de téléphone : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 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)

# 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 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 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, LLC 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 ;
- les renseignements sur la demande de règlement peuvent être communiqués au conseiller en assurance de la personne décédée et à toute agence d'assurance qui emploie le conseiller ou qui l'a nommé comme son agent.

À ces fins, nous pouvons rendre ces renseignements accessibles à nos employés, mandataires, prestataires de services, ou tierces parties qui sont tenus d'en assurer la confidentialité. Il nous arrive aussi de transmettre ces renseignements à votre employeur si vous avez souscrit une police d'assurance collective, au cas où ils s'avéreraient nécessaires pour les services que nous vous procurons. Nous ne communiquons pas à votre employeur les renseignements pertinents à votre état de santé sans votre consentement.

Si notre prestataire de service se trouve à l'extérieur du Canada, il est lié par les lois du territoire où il est situé, et les renseignements peuvent être communiqués, conformément à ces lois. Les tierces parties peuvent être d'autres compagnies d'assurance, 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 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 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.

## 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. Vous pouvez communiquer avec nous à l'adresse ci-dessous pour accéder à ces renseignements, pour en apprendre davantage sur l'utilisation du traitement automatisé ou pour nous poser des questions sur nos politiques de protection des renseignements personnels :

**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](http://www.rbc.com/rensperssecurite)), qui font partie intégrante des présentes conditions.