

Déposez-vous une demande de règlement pour une maladie grave ou pour un remboursement des primes au décès?

- Maladie grave :
  - remplir toutes les sections ci-dessous
- Remboursement des primes au décès :
  - remplir les sections A, E et F ci-dessous; et
  - joindre une déclaration du directeur funéraire

## A. RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  Autre  Homme  Femme Police(s) no(s) : \_\_\_\_\_

Demande(s) de règlement no(s) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Initiale (JJ/MM/AAAA)

Adresse : \_\_\_\_\_  
App. Rue Ville Province Code postal

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

## B. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

1. a) Veuillez décrire le type de maladie grave (ou chirurgie) :

b) Date à laquelle votre affection a été diagnostiquée ou à laquelle vous avez été opéré : \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

c) Nom du médecin qui a posé le diagnostic : \_\_\_\_\_

d) Veuillez décrire les symptômes et indiquer la date à laquelle ils sont apparus :

e) À quelle date avez-vous consulté un médecin pour la première fois concernant votre maladie ou blessure? \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

<u>Nom du premier médecin consulté</u>	<u>Adresse</u>	<u>N° de téléphone</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

f) Avez-vous subi des tests ou investigations reliés au diagnostic ?  Oui  Non Si « Oui », veuillez indiquer les dates et détails :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

g) Avez-vous déjà souffert d'une affection similaire ou reliée, ou reçu des traitements pour une affection similaire ou reliée ?

Oui  Non Si « Oui », veuillez indiquer les dates et détails :

## C. CONSULTATIONS MÉDICALES

2. a) Veuillez indiquer les nom et adresse de votre médecin personnel : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Veuillez indiquer les détails sur tout autre médecin ou spécialiste qui a été consulté au sujet de cette maladie ou blessure :

<u>Nom du médecin</u>	<u>Adresse</u>	<u>Dates des visites (JJ/MM/AAAA)</u>
-----------------------	----------------	---------------------------------------

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Si vous avez été traité, examiné ou avez passé des tests dans un hôpital ou dans une institution similaire, veuillez fournir les renseignements suivants :

<u>Nom de l'hôpital/institution</u>	<u>Ville</u>	<u>Date d'admission (JJ/MM/AAAA)</u>	<u>Date de départ (JJ/MM/AAAA)</u>
-------------------------------------	--------------	--------------------------------------	------------------------------------

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) Quel traitement avez-vous reçu et recevez-vous présentement en ce qui concerne votre affection? (c'est-à-dire médication,

<u>Type de traitement</u>	<u>Institution/médecin requérant</u>	<u>Dates (JJ/MM/AAAA)</u>
---------------------------	--------------------------------------	---------------------------

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## D. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

3. Est-ce qu'un de vos parents a déjà souffert d'une affection similaire ou reliée?  Oui  Non Si « Oui », veuillez indiquer :

<u>Lien de parenté</u>	<u>Nature de la maladie</u>	<u>Âge au moment du premier diagnostic</u>
------------------------	-----------------------------	--

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Est-ce que cette affection est assurée par une autre compagnie d'assurance?  Oui  Non Si « Oui », veuillez indiquer :

<u>Nom de l'assureur</u>	<u>Type d'indemnisation</u>	<u>Montant de l'indemnisation</u>	<u>Avez vous présenté une demande de règlement?</u>
--------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Est-ce que vous fumez ou faites usage de produits du tabac?  Oui  Non

Si « Oui », veuillez indiquer la quantité quotidienne : \_\_\_\_\_ Depuis quand utilisez vous des produits du tabac? \_\_\_\_\_

Si « Non », avez-vous déjà utilisé des produits du tabac?  Oui  Non À quelle date avez-vous cessé de fumer? \_\_\_\_\_

(JJ/MM/AAAA)

6. Veuillez fournir tout autre renseignement que vous croyez pertinent à votre demande de règlement

## E. AVIS RELATIF À LA FRAUDE

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

I, \_\_\_\_\_, déclare que les renseignements ci-dessus sont  
(en caractères d'imprimerie)

à ma connaissance, véridiques et complets.

Date \_\_\_\_\_ Signature du client \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

## F. AUTORISATION

J'autorise la compagnie (la compagnie s'entend de la Compagnie d'assurance vie RBC, des Services d'assurance RBC Inc., de leurs fournisseurs de service, de leurs représentants et de leurs réassureurs) à mener les enquêtes nécessaires, à recueillir des renseignements personnels me concernant et, au besoin, à informer toute tierce partie du fait que j'ai présenté une demande de prestations à la compagnie. 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.

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 vérifications, la lutte anti-blanchiment, le financement du terrorisme, 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.

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 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)

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

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

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

## POSTEZ VOTRE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AU :

**Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes**

C. P. 4435, Succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8 ou télécopiez-la au : 1 800 714-8861

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

[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 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.

For these purposes, we may make this information available to our employees, our agents and service providers, and third parties. 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 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/rensperssecurite](http://www.rbc.com/rensperssecurite).