

Déclaration d'invalidité Invalidité de conjoint



Assurances

DIRECTIVES DE L'EMPLOYEUR

1. Remplir la déclaration de l'employeur et joindre la preuve d'adhésion. Envoyer le présent formulaire avec la déclaration du conjoint et la déclaration du médecin traitant au client.

Ces formulaires représentent la déclaration initiale d'invalidité. 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.

DIRECTIVES DU CLIENT

1. S'assurer que la déclaration de l'employeur soit dûment remplie. Remplir la déclaration du conjoint et retourner le présent formulaire accompagné de la déclaration de l'employeur à :

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

2. Envoyer la déclaration du médecin traitant au médecin traitant et faire en sorte que le présent formulaire soit retourné directement à **RBC Assurances**.



A être rempli par le client (le client est le conjoint assuré). Un représentant autorisé peut remplir le présent formulaire si le client est incapable de le faire.

Nom du Client : _____ N° d'assurance sociale : --
Nom de famille Prénom Initiale

Sexe assigné à la naissance : _____ Genre de préférence : _____

Adresse : _____
Apt. Rue Ville Province Code postal

N° de téléphone (D) : _____ Date de naissance : _____
(JJ/MM/AAAA)

Nom de l'employé : _____ N° d'assurance sociale : --
Nom de famille Prénom Initiale

N° de police : _____ Adresse de courrier électronique du client : _____

Date du mariage ou date à laquelle vous avez commencé d'habiter avec l'employé assuré : _____
(Veuillez fournir une copie du certificat de mariage, le cas échéant.) (JJ/MM/AAAA)

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

1. Date de votre blessure ou date à laquelle vous avez remarqué pour la première fois les symptômes de votre maladie : _____
(JJ/MM/AAAA)

2. Décrivez votre affection invalidante actuelle et sa cause : _____

3. Votre affection actuelle vous empêche-t-elle de prendre soin de vous-même ? Oui Non Si « Oui », expliquez : _____

4. Quels sont les actes de la vie quotidienne que vous ne pouvez pas accomplir actuellement sans aide personnelle ?

Date à laquelle vous avez eu besoin et reçu de l'aide pour la première fois (JJ/MM/AAAA)	Date à laquelle vous avez eu besoin et reçu de l'aide pour la première fois (JJ/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/> Toilette _____	<input type="checkbox"/> Déplacement _____
<input type="checkbox"/> Habillage _____	<input type="checkbox"/> Continence _____
<input type="checkbox"/> Évacuation _____	<input type="checkbox"/> Alimentation _____



TRAITEMENT

5. Date du premier traitement médical pour cette affection : _____ (JJ/MM/AAAA)
 Nom du médecin : _____ Spécialité : _____
 Adresse : _____ N° de téléphone : _____
 Rue Ville Province Code postal
6. Si hospitalisé, donnez le nom et l'adresse de l'hôpital : _____
 Dates d'hospitalisation : _____ (JJ/MM/AAAA)
7. Énumérez tous les autres médecins consultés pour cette affection :
 Dates de consultation (JJ/MM/AAAA) Nom, numéro de téléphone et adresse des médecins

8. Dans lequel des endroits suivants êtes-vous actuellement suivi ?
 Résidence Foyer de santé Établissement de résidence assistée/soins personnels
 Hôpital (À remplir si le congé a été donné au cours des derniers 3 mois.)
 Dates de l'admission et du congé de cet établissement : _____ (JJ/MM/AAAA)
 Adresse : _____ N° de téléphone : _____

DÉPÔT DIRECT

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

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., de leurs fournisseurs de service, de leurs représentants et 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 www.rbc.com/rensperssecurite, 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 communiquer, 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

Date: _____
(JJ/MM/AAAA)

Numéro d'assurance sociale : - -

Nom du client (en caractères d'imprimerie)

X _____
Signature du témoin

Date: _____
(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



À être rempli par l'employeur

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

Nom :	N° de le police collective :
Adresse (rue/ville/province/code postal) :	N° de téléphone : N° de télécopieur :
Nom et adresse de la division où travaille l'employé, si elle diffère de l'adresse ci-dessus (rue/ville/province/code postal) :	

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé (nom de famille, prénom, initiale) :	Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)	Profession :	N° d'assurance sociale □ □ □ - □ □ □ - □ □ □
Adresse (app./rue/ville/province/code postal) :			N° de téléphone :
Date de l'embauche : (JJ/MM/AAAA)	Date à laquelle l'employé est devenu assuré en vertu de ce régime : (JJ/MM/AAAA)	Date à laquelle le conjoint est devenu assuré en vertu de ce régime : (JJ/MM/AAAA)	

Nom, adresse et numéro de police de votre assureur médical :

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT (CONJOINT ASSURÉ)

Nom du client (nom de famille, prénom, initiale) :	Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)	N° d'assurance sociale □ □ □ - □ □ □ - □ □ □
Adresse (app./rue/ville/province/code postal) :		N° de téléphone :

SIGNATURE

Nom de la personne ayant rempli le présent formulaire :

Signature du représentant :	Date : (JJ/MM/AAAA)
Titre du représentant autorisé :	N° de téléphone :

**AUTORISATION**

Nom du patient : _____ Age : _____ N° de la/des police(s) : _____

Par la présente, j'autorise la divulgation de tout renseignement requis en vertu de la présente demande de règlement à RBC Assurances et à leurs fournisseurs de service, leurs représentants et leurs réassureurs.

X _____ Date : _____
Signature du patient (JJ/MM/AAAA)

Nota : le patient a la responsabilité de s'assurer que le présent formulaire soit rempli et de payer tous frais exigés à cette fin.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom : nom de famille, prénom, initiale :

Date de naissance :	Taille (po/cm)	Poids (lb/kg)	Tension artérielle
_____ (JJ/MM/AAAA)			

DIAGNOSTIC

Diagnostic primaire :

Symptômes :

Constatations objectives : (Indiquez le nom des examens objectifs, la date des examens et les résultats.)

Existe-t-il des affections secondaires contribuant à l'invalidité ? Oui Non

Si « Oui », quelles sont-elles ?

S'il s'agit d'une affection cardiaque, quelle est la capacité fonctionnelle ?

Catégorie 1 - Aucune limitation Catégorie 2 - Légère limitation Catégorie 3 - Limitation marquée Catégorie 4 - Limitation complète

Date à laquelle les symptômes se sont manifestés pour la première fois ?	Date de la première visite du patient	Date de la dernière visite du patient
_____ (JJ/MM/AAAA)	_____ (JJ/MM/AAAA)	_____ (JJ/MM/AAAA)

Le patient a-t-il subi une chirurgie ? Oui Non

Si « Oui », indiquez la date : _____ Procédure et résultat : _____
(JJ/MM/AAAA)

Si « Non », prévoyez-vous une chirurgie à l'avenir ? Oui Non Si « Oui », indiquez la date : _____ et le type de chirurgie : _____
(JJ/MM/AAAA)

Quels sont les médicaments et doses que le patient prend actuellement ?

Veuillez indiquer les autres types de traitement et leur fréquence :

Le patient a-t-il été adressé à un programme de réadaptation ou thérapie médicale ? Oui Non Si « Oui », donnez les détails :

Avez-vous adressé le patient à d'autres types de consultations ? Oui Non Si « Oui », donnez les détails :

(VERSO)

Le patient a-t-il été hospitalisé ? Oui Non Si « Oui », veuillez indiquer :

Nom de l'hôpital : _____

Adresse : _____

Dates d'hospitalisation : _____ au _____
(JJ/MM/AAAA) (JJ/MM/AAAA)

Votre patient accuse-t-il une perte de fonctionnement cognitif ? Trouble cognitif signifie une détérioration ou perte de la capacité intellectuelle et que le patient a besoin de l'aide d'une autre personne ou de stimulation verbale pour sa propre protection ou celle des autres. Oui Non Si « Oui » veuillez expliquer et présenter de la documentation à l'appui :

Selon votre observation de ce patient, de ses antécédents médicaux et de son état médical, indiquez quels sont les actes de la vie quotidienne pour lesquels le patient a besoin d'assistance directe ou immédiate afin de les accomplir :

- Toilette** : La capacité de se laver soit dans la baignoire, soit dans la douche ou au lavabo, avec ou sans équipement ou appareil d'adaptation.
- Habillage** : La capacité de mettre et d'enlever tous les vêtements et les orthèses ou membres artificiels médicalement requis habituellement portés.
- Évacuation** : La capacité de se rendre aux toilettes et d'en revenir, de s'asseoir sur la cuvette et de se relever, de maintenir un degré d'hygiène personnelle raisonnable et de prendre soins des vêtements.
- Déplacement** : La capacité de se mettre au lit, de s'asseoir sur une chaise et de se relever avec ou sans l'aide d'équipement tel que cane, marchette, béquilles ou barre d'appui ou autre appareil de soutien, y compris les appareils mécaniques ou motorisés.
- Contenance** : La capacité de soit : a) freiner volontairement les fonctions intestinales et urinaires; ou b) si incontinent, être capable de maintenir un degré d'hygiène personnelle raisonnable.
- Alimentation** : La capacité de s'alimenter.

Date à laquelle le patient a eu besoin d'aide pour la première fois pour accomplir les actes de la vie quotidienne : _____ Le besoin d'aide est-il persistant périodique
(JJ/MM/AAAA)

Quand vous attendez-vous à des changements fondamentaux de l'état médical du patient ?

Remarques : Veuillez fournir des commentaires et autres détails que vous pensez utiles.

DOCUMENTS REQUIS

Après avoir dûment rempli le présent formulaire, veuillez joindre :

- Notes de bureau pour au moins les deux dernières années, mais au-delà si possible
- Résultats de test
- Sommaires d'admission et de congé d'hôpital
- Rapports du médecin examinateur

Le fait d'inclure les renseignements ci-dessus au moment de présenter la demande de règlement nous permettra de prendre une décision plus opportune quant à la demande de règlement de votre patient. Nous sommes prêts à rembourser 50,00 \$ pour les frais pour préparer l'information. Si ce montant n'est pas suffisant en raison de la taille du dossier de votre patient, veuillez demander à votre personnel de communiquer avec nous au 416 643-4700 ou au 1 877 519-9501.

SIGNATURE

Signature

Date (JJ/MM/AAAA)

Diplôme et spécialité

Nom du médecin

Soins primaires Conseiller

Adresse (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

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

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), qui font partie intégrante des présentes conditions.