Déclaration d'invalidité Perte de l'usage/mutilation



Assurances

DIRECTIVES DE L'EMPLOYEUR

 Envoyer la déclaration du client/de l'employé, ainsi que la déclaration du médecin traitant à la personne assurée. Remplir la déclaration de l'employeur. 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.

2. Envoyer ces documents à

RBC Assurances au : intake@rbc.com

- Déclaration de l'employeur
- Déclaration du client/de l'employé
- Copie numérique de formulaire d'adhésion

DIRECTIVES DU CLIENT/DE L'EMPLOYÉ

- 1. Remplir la déclaration du client/de l'employé. Retourner ce formulaire à votre employeur.
- Remplir et signer la section de l'autorisation sur la déclaration du médecin traitant et envoyer ce formulaire à votre médecin traitant afin qu'il le remplisse. Le formulaire peut nous être retourné directement.

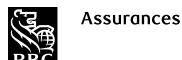
Vous pouvez également envoyer les renseignements par télécopieur au : Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes, 1 800 714-8861.

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

VPS 111774 83763 (09/2023)



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR PERTE DE L'USAGE/MUTILATION DÉCLARATION DU CLIENT/DE L'EMPLOYÉ

À être remplie par l'employé assuré, s'il diffère du client.

	A etre rempii	e par l'employe assure, s'	il differe du client.	
SECTION A				
Nom de l'employé assuré :	Nom de famille	Prénc	ım .	Initiale
5				
Date de naissance :	(JJ/MM/AAAA)	Lien de pa	arenté avec vous :	
N° de police :	,	Adresse (de courrier électronique :	
	À être remplie par le client (le c		<u> </u>	sente demande de règlement est
SECTION B	basée). Un représentant autor	sé peut remplir le présent f	ormulaire si le client est incap	able de le faire ou s'il est mineur.
Sexe assigné à la naissanc	e : Genre de pré	férence :	Nº d'assurance sociale	
Nom :			Date de naissance :	
Nom de famille	Prénom	Initiale		(JJ/MM/AAAA)
Adresse :Rpp. Ri	ue	Ville	Provi	nce Code postal
r r	nique :			noc code postar
	•			
N° de téléphone (D) : ()		Date de l'embauche :	(
Profession :			Durée de service :	(JJ/MM/AAAA)
	S SUR VOTRE DEMANDE	DE RÈGLEMENT	Builde de service .	
	e votre demande de règlement ?			
	itelle. Décrivez la perte :			
	la vue □ l'ouïe			
	le :	•		
☐ Paralysie				
•	ormananta			
☐ Invalidité totale pe				
□ Autre :				
2. Si la demande de règl	ement concerne l'invalidité totale p	ermanente :		
a) Date de votre d	ernier jour de travail :		étiez incapable de travailler pou	
	(JJ/MM/AAA			(JJ/MM/AAAA)
a) Date de l'accid	ent : (JJ/MM/AAAA)	HeureAM/F	² M	
b) L'accident s'est	,	☐ au travail ☐	ailleurs?	
c) Comment l'acc	ident s'est-il produit ?			
0, 00,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,				
(S'il s'agit d'un accid	ent d'automobile, veuillez joindre	une copie du rapport de l'ac	cident et de la correspondanc	e reçue de l'assureur automobile.)
TRAITEMENT				
	ment par un médecin pour cette af	fection :	(JJ/MM/AAAA)	
·	n de l'hôpital/des hôpitaux	Date d'admission	,	Date de congé (JJ/MM/AAAA)
2. Si liospitalise . <u>Noli</u>	Tue mopital/des nopitaux	Date d'admission	(JJ/WIWI/AAAA)	Date de conge (33/MM/AAAA)
3 Énumérez tous les au	tres médecins traitants :			
5 Enamerez tous les au	ires medecins traitants .			
DÉPÔT DIRECT				
	1331001	Γ.C □.u≡		
"°000"	1234 - 001 1234	<u> </u>		
Nº de domiciliation :	N° d'institution bancaire :	N° de compte banca	ire :]
Compto : C Chàcusa	DÉparana (Las comptes de la	orgo do orádit no cont no	a acceptác)	-
Compte : Chèques	☐ Épargne (Les comptes de n	_ <u>- </u>		
	'assurance vie RBC (« RBC Assuet ce, jusqu'à nouvel ordre écrit d		estations dans mon compte b	ancaire aupres de l'institution
Signature :	7 J 4	- p	Date ·	
				·

*Joindre une copie numérique d'un chèque non signé, marqué « NUL ».

AVIS RELATIF A L	A FRAUDE	
Toute personne qui rem criminelles ou civiles.	plit sciemment une déclaration du clie	ent renfermant des renseignements faux ou mensongers est passible de poursuites
Je,		, déclare que les renseignements ci-dessus sont, à ma
connaissance, véridiques	(en caractères d'imprime	rie)
connaissance, vendiques	et complets.	
Date		u client
(JJ/MN	M/AAAA)	
AUTORISATION		
de leurs représentants et tierces parties, y compris répertoires d'entreprises e de prestations à la compa et gardera un dossier con concernant sera limité aux à qui j'en aurai permis l'ac	de leurs réassureurs) à mener les enquairecueillir tout renseignement personnel t de membres de profession libérale, les gnie et à leur communiquer les renseignentenant des renseignements personnels employés de la compagnie et aux autres	'assurance vie RBC, des Services d'assurance RBC Inc., de leurs fournisseurs de service lêtes nécessaires, à recueillir des renseignements personnels me concernant auprès de accessible en ligne, notamment dans les sites Web d'information, les médias sociaux, les registres publics et, au besoin, à informer toute tierce partie que j'ai présenté une demandements pertinents à cette demande de prestations. Il est entendu que la compagnie établira à mon sujet. Il est également entendu que l'accès aux renseignements personnels me personnes engagées par la compagnie dans l'exercice de leurs fonctions, ou aux personnes ou organisme autorisés par la loi. J'ai lu et compris l'Avis de protection des renseignements securite, et j'accepte de m'y conformer.
je serai autorisé(e) à étudi réserve du paiement de fra corriger toute erreur conte	er les copies des documents contenant le ais de reproduction raisonnables. Il est éç	niter mon accès aux renseignements personnels me concernant et qu'elle le fait légalement es renseignements personnels me concernant que la compagnie a en sa possession, sous palement entendu que je pourrai demander à consulter ces documents et à signaler et faire ls, en présentant par écrit à la compagnie une demande à cet effet, adressée à l'employé
par télécopieur ou par cou communication n'est pas fia perdu ou altéré ; et iv) j'ass	ırriel, il est entendu que i) la sécurité, la p able et le message pourrait ne pas parvenir ume l'entière responsabilité des risques lic	ens de communication électroniques qui ne sont pas chiffrés, notamment toute communication rotection et la confidentialité de l'information ne peuvent être assurées, ii) un tel moyen de au destinataire à temps, voire pas du tout, iii) un tel message est susceptible d'être intercepté es à ces moyens de communication et la compagnie ne pourra être tenue responsable de ces ent de tout accès non autorisé, de toute interception, de toute perte ou de toute altération.
Votre autorisation de div	ulguer des renseignements personnel	s
autre donnée me concerna		nérées ci-dessous à divulguer et à fournir à la compagnie tout renseignement, dossier ou aitements médicaux, mon revenu passé et actuel, mon emploi, mes études ou ma formation charge de le faire.
professionnel de la réadap ou de traitements ; le rég d'assurances ; mon empl l'indemnisation des accide des prestations d'invalidité agence d'évaluation du cr	otation ou de la santé; tout hôpital, toute of ime d'assurance-maladie provincial, tout oyeur ou ancien employeur et tout man nts du travail; tout ministère ou tout orgar se et de retraite du RRQ/RPC et les autor	n, infirmier, conseiller, psychologue, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre linique ou pharmacie, ou tout autre établissement médical ou fournisseur de soins de santé e compagnie d'assurances ou autre institution financière ou tout courtier ou responsable dataire exécutant pour eux des services liés aux avantages sociaux des employés ou aisme du gouvernement fédéral ou provincial, y compris la CAT et la CSST, les responsables tés chargées de l'impôt fédéral et provincial sur le revenu; toute autre personne, agence mements, des dossiers ou des données me concernant ou concernant mes antécédents ou es études ou ma formation.
médicaux ou non, sera utilimon retour au travail ou a et mutilation accidentels e régulièrement à mon emp (ou celles de RBC Groupe la détection, la prévention compagnie à divulguer n'employeur et à ses courtie de soins de santé, ou à toute de santé	sé pour établir ma couverture au titre de la dministrer les polices d'assurance invalict d'assurance invalidité) offertes par mon loyeur de l'information concernant l'état de Financier) sur les obligations ou investign ou la suppression de la fraude et autre importe lequel desdits renseignements, ers d'assurances, à ses conseillers ou aux	que la compagnie reçoit en vertu de la présente autorisation, qu'il s'agisse de renseignements police, évaluer mon droit à indemnisation et ma capacité de reprendre le travail, coordonner ité individuelles ou collectives (notamment les polices d'assurance vie, d'assurance décès employeur par l'entremise de la compagnie ou d'un autre assureur, dans le but de fournite la demande, recouvrer tout trop-perçu, s'il y a lieu, ou respecter ses obligations légales pations concernant les vérifications, la lutte anti-blanchiment, le financement du terrorisme s'activités criminelles. Dans la mesure raisonnable et nécessaire à ces fins, j'autorise la dossiers et données à d'autres compagnies d'assurances ou à tout réassureur, à mor administrateurs de son régime d'assurances collectives, à mes médecins ou fournisseurs npris les médecins, professionnels de la santé, employés en réadaptation, conseillers er agnie.
J'autorise également la cantérieure ou ultérieure.	ompagnie à recueillir, utiliser ou commu	niquer, au besoin, mes renseignements personnels pour toute demande de prestations
d'identification de mon dos		nce sociale aux fins des déclarations fiscales, aux fins requises par le RRQ/RPC, aux fins e police d'assurance ILD/ESG collective l'exige, ainsi que pour obtenir des renseignements
compagnie fait valoir ses	droits de subrogation ou procède au reco	e valide tant que je reçois des prestations ou des services de la compagnie et tant que la uvrement de tout trop-perçu, s'il y a lieu, que les prestations soient versées ou non, ou que Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, a la même valeur que l'original
X		Date:
	Signature du client	(JJ/MM/AAAA)

Numéro d'assurance sociale :

(JJ/MM/AAAA)

Date: __

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Signature du témoin

Nom du client (en caractères d'imprimerie)



Assurances

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR PERTE DE L'USAGE/MUTILATION DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

RENSEIGNEMENTS	SUR L'EMPLOYEUR	2			
Nom de l'employeur :					
Adresse (rue/ville/province/o	code postal) :				N° de téléphone
Nom du titulaire de police co	ollective :				
Adresse (rue/ville/province/	code postal) :				N° de téléphone
					()
RENSEIGNEMENTS	S SUR L'EMPLOYÉ				
Nom (nom de famille, préno	om, initiale) :		N° d'assurance sociale		Date de naissance :(JJ/MM/AAAA)
Adresse (app/rue/ville/provi	nce/code postal) :		1		N° de téléphone
					()
Profession/Fonctions :					Nombre d'heures travaillées
					par semaine :
Statut professionnel :	☐ Actif	☐ À temps plein	☐ À temps partiel		D. Autor
	□ Congé	☐ Cessation	☐ Congé médical	Γ	□ Autre :
Date de l'embauche :	(JJ/MM/AAAA)	Date d'effet de l'assurance :	(JJ/MM/AAAA)	7	r jour de e actif : (JJ/MM/AAAA)
La demande de règlement e		<u> </u>	conjoint de l'employé		l'enfant à charge de l'employé
_	•		conjoint de l'employe		remain a charge de remploye
·	sée (si autre que l'employé) :		Data da naisa		
Nom (nom de famille, préno	im, initiale) :		Date de naiss	sance :	(JJ/MM/AAAA)
Adresse (app/rue/ville/provi	nce/code postal) :		N° d'assurano	ce sociale	
Date de l'accident :		Autre assurance qu	uelconque en vigueur?		
	(JJ/MM/AAAA)		ants, noms des assureurs et n	uméros de	e polices)
L'affection est-elle due à un	e blessure ou une maladie at	tribuable à l'emploi de	la personne assurée ?		Oui □ Non □ Ne sais pas
Montant assuré en vigueur		\$			
Si basé sur le revenu, taux o	du revenu de base	\$			e □ Mensuel □ Annuel sureurs et numéros de polices)
Type d'assurance	N° de police	Montant	Date d'effet		<u>Bénéficiaire</u>
De base			_		
Facultative	-				
De voyage			<u> </u>		
Les primes ont-elles cessé '	? □ Oui - donner la d	ate	(JJ/MM/AAAA)	on	
SIGNATURE					
Signature du représentant					
X					
Titre du représentant autoris	sé				N° de téléphone
This da representant autorit					()
N° de la/des police(s) collec	etive(s)		N° de l'unité d'assurar	ice	N° de la catégorie
			Date		
				(JJ/N	IM/AAAA)



Assurances

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR PERTE DE L'USAGE/MUTILATION **DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

ATION											
			Âge	N° de la/de	e nolice(s)		Jom de	e l'employ	/eur		
, j'autorise la divulg eurs de service, à l			quis en vertu de							ssuran	ce vie RBC,
lient/patient de de règlement co ent a la responsat					de paye		•	exigés	,	in.	
NMENTS SUR	LE PATIENT										
e famille				Prénom	Initiale	!					
nce :	(JJ/MM/AA	AA)		Taille	(po/cm)				Poic	ls (lb/kg)	
TIC											
ostic et brève desc	iption de l'affection	n :									
vez l'apparition de l'	offoation :										
rez rappantion de r	anection .										
La perte est-elle due uniquement à un accident : Oui Non Si « Oui », indiquez : Date de l'accident : (JJ/MM/AAAA) Première consultation pour cette affection : (JJ/MM/AAAA)											
on », quelle maladi	e en était la cause	contributive	?							•	,
atations objectives	: (Indiquez le nom	des examens	s objectifs, la da	te des examens	et les rés	ultats.)					
e nom de tout autre	médecin ayant tra			r une affection co	ontributive):		Date(s)	de consul	tation	
est-elle due à une l	olessure ou maladi	ie attribuable à	a la profession o	e la personne as	surée ?		_	Oui	□ Non		Ne sais pas
mélioration est-elle	possible grâce à ı										
eeeer	nom de tout autre édecin est-elle due à une te est-elle totale et nélioration est-elle entaires :	nom de tout autre médecin ayant traédecin est-elle due à une blessure ou maladire est-elle totale et irrévocable ? nélioration est-elle possible grâce à lentaires :	nom de tout autre médecin ayant traité la personnédecin est-elle due à une blessure ou maladie attribuable à le est-elle totale et irrévocable ? nélioration est-elle possible grâce à un appareil for entaires :	nom de tout autre médecin ayant traité la personne assurée pour édecin Adresse est-elle due à une blessure ou maladie attribuable à la profession de est-elle totale et irrévocable ? nélioration est-elle possible grâce à un appareil fonctionnel quelco entaires :	nom de tout autre médecin ayant traité la personne assurée pour une affection coédecin Adresse est-elle due à une blessure ou maladie attribuable à la profession de la personne assurée est-elle totale et irrévocable ? nélioration est-elle possible grâce à un appareil fonctionnel quelconque ? entaires :	nom de tout autre médecin ayant traité la personne assurée pour une affection contributive <u>édecin</u> est-elle due à une blessure ou maladie attribuable à la profession de la personne assurée ? e est-elle totale et irrévocable ? nélioration est-elle possible grâce à un appareil fonctionnel quelconque ?	nom de tout autre médecin ayant traité la personne assurée pour une affection contributive : Adresse est-elle due à une blessure ou maladie attribuable à la profession de la personne assurée ? te est-elle totale et irrévocable ? nélioration est-elle possible grâce à un appareil fonctionnel quelconque ? Oui entaires :	nom de tout autre médecin ayant traité la personne assurée pour une affection contributive : Adresse est-elle due à une blessure ou maladie attribuable à la profession de la personne assurée ? e est-elle totale et irrévocable ? nélioration est-elle possible grâce à un appareil fonctionnel quelconque ? oui entaires :	nom de tout autre médecin ayant traité la personne assurée pour une affection contributive : Adresse Date(s) est-elle due à une blessure ou maladie attribuable à la profession de la personne assurée ? e est-elle totale et irrévocable ? nélioration est-elle possible grâce à un appareil fonctionnel quelconque ? Oui Non entaires :	nom de tout autre médecin ayant traité la personne assurée pour une affection contributive : Adresse Date(s) de consul est-elle due à une blessure ou maladie attribuable à la profession de la personne assurée ? Doui Non nélioration est-elle possible grâce à un appareil fonctionnel quelconque ? Oui Non entaires :	nom de tout autre médecin ayant traité la personne assurée pour une affection contributive : Adresse Date(s) de consultation Dest-elle due à une blessure ou maladie attribuable à la profession de la personne assurée ? Dui Non e est-elle totale et irrévocable ? Diate(s) de consultation Doui Non nélioration est-elle possible grâce à un appareil fonctionnel quelconque ? Doui Non

(VERSO)

5.	Ро	ur la vue (le	cas échéant) :						
	a)	Date du derr	nier examen de la vue avant l'accident :(JJ/MM/AAA/	Pre	emier examen apr	ès l'accident : _	(JJ/MM/AAAA)		
	b)	Étendue de l	l'acuité visuelle avant et après l'accident (notation de Sneller	n) :					
			Avec appareil correcteur, avant/après :	O.D		O.S			
			Sans appareil correcteur, avant/après :	O.D		O.S			
	c)	Date à laque	elle la vue corrigée a été réduite de façon irrévocable à 20/200	ou moins (notation	n de Snellen) :	O.D	(JJ/MM/AAAA)		
						O.S	(JJ/MM/AAAA)		
	d)	Y a-t-il une la	acune du champ visuel ? □ Oui □ Non	Si « Oui ». dor	nnez les détails et	le niveau de ch	amp restant :		
	,		·				•		
	e)	Pronostic :	La vue peut être rétablie en tout ou en partie par : Si par la chirurgie, le recommandez-vous ?			Chirurgie	Ne peut être rétablie		
			Si « Non », pourquoi ?						
	_								
6.		Pour l'ouïe (le cas échéant) :							
	a)	Date du derr	nier examen de l'ouïe avant l'accident :(JJ/MM/AAA/	Pre 4)	emier examen apr	es l'accident :	(JJ/MM/AAAA)		
	b)	Étendue de l	l'ouïe avant et après l'accident :						
	,		Avec appareil correcteur, avant/après :	Oreille (droite	Oreille (gaiche		
**		Sans appareil correcteur, avant/après :				gaiche			
	c)	Pronostic :	L'ouïe peut être rétablie en tout ou en partie par :	Appareils □ 1			Ne peut être rétablie		
			Si « Non », pourquoi ?						
7.	Ро	ur la paralys	sie/perte de l'usage (le cas échéant) :						
	a)	Indiquez :	□ Quadriplégie □ Hémiplégie □ Para	plégie 🗆 /	Autre :				
	b)	Indiquez si	elle est complète ou non :						
	c)	Indiquez ce	e qui a causé la paralysie/perte de l'usage :						
	d)	Indiquez qu	uand le perte s'est produite :						
	-								
		<u> </u>							

8. Pour la pert	te d'un membre/doigt/orteil/etc. (le cas échéar	nt):		
	a) Indiquez le pointe exact d'amputation		b) Date de l'	amputation
Supérieur gauche			- (JJ/MN	M/AAAA)
Supérieur droit			(JJ/MN	M/AAAA)
Inférieur gauche	9	35	- (JJ/MN	M/AAAA)
Inférieur droit	ET TO		- (JJ/MM	l/AAAA))
Remarques: Veuille	ez donner des commentaires ou autres détails qui vous s	semble utiles.		
SIGNATURE	<u>:</u>			
XSignature		Date (JJ/MM/AAAA)	Diplôme et spécialité	
Nom du médecin			□ Soins primaires	☐ Conseiller
Adresse (rue/ville/pr	rovince/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

® / Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada, utilisée(s) sous licence.

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.