

**Demande de transformation de l'assurance accident**

Faire parvenir la demande, dûment remplie, au : Service clientèle, Assurance individuelle
Compagnie d'assurance vie RBC
C. P. 1800, succursale B
Mississauga (Ontario) L4Y 3W6

Personne à assurer >	Nom (nom de famille, prénom, initiale)	Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse >	Adresse		
	Ville	Province	Code postal
Profession >	Profession	Tâches	
Nom et adresse de l'employeur >	Nom et adresse de l'employeur		
Bénéficiaire >	Bénéficiaire (nom de famille, prénom, initiale)		Lien
	(Si le conjoint ou les enfants sont couverts, leur bénéficiaire est l'assuré)		
Souscrivez-vous cette assurance pour remplacer une assurance similaire dont vous bénéficiez actuellement ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Dans l'affirmative, veuillez fournir les noms des compagnies et les montants)			

Assurance accident 24 heures sur 24

<input type="checkbox"/> Assuré seul	<input type="checkbox"/> Assuré et famille	<input type="checkbox"/> Assuré et enfants	Capital assuré : _____ \$
Nom des membres de la famille		Lien	Date de naissance (jour/mois/année)

DÉCLARATION : Pour ce genre d'assurance, la Compagnie d'assurance vie RBC prévoit que la moitié des primes perçues serviront au paiement des demandes de règlement. Il ne s'agit pas d'une obligation contractuelle.

Je déclare que les réponses consignées dans cette demande sont, pour autant que je sache, complètes et véridiques. La Compagnie d'assurance vie RBC n'est liée par aucune déclaration faite par l'agent ou à l'agent, à moins que celle-ci ne soit indiquée par écrit dans cette demande.

Signature de demandeur : _____ Date: _____

▼ À L'USAGE DU SIÈGE SOCIAL DE RBC ▼

Police numéro : > HVA _____	Durée : > 12 mois	Prime : > _____ \$
Date d'entrée en vigueur de l'assurance : > _____	Première prime de renouvellement exigible : > _____ \$	