



## NOMINATION DU OU DES ADMINISTRATEURS dans le cadre de la Convention d'accès pour promoteur de régime

Nom du groupe \_\_\_\_\_

Numéro de la police collective \_\_\_\_\_

Division de facturation (Inscrivez le numéro ou TOUTES)	Nom	Adresse de courriel	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Administration en ligne (Sélectionnez L ou E)	WebShieldStats (Sélectionnez O ou N)	Consultation des relevés de facturation (Sélectionnez O ou N)	Consultation des livrets et contrats (Sélectionnez O ou N)
				<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

- L = Accès en mode lecture uniquement et E = Accès en mode écriture (possibilité d'apporter des modifications relativement aux membres du régime)
- O = Donner accès à cette sélection et N = Pas d'accès à cette sélection
- La date de naissance est exigée aux fins d'ouverture d'une session sur le système.

Conformément à la Convention d'accès pour promoteur de régime (« convention d'accès »), que le promoteur de régime a conclue lorsqu'il a présenté la demande d'assurance collective, je soussigné(e), au nom du promoteur de régime, désigne la ou les personnes susmentionnées pour remplir la fonction d'**administrateur** et accéder au Service au nom du promoteur du régime et à lier celui-ci à tous les égards. Chacune de ces personnes a été mise au courant des fonctions de l'administrateur dans le cadre de la convention d'accès et du fait que l'administrateur doit se conformer à toutes les règles administratives concernant le régime collectif communiquées par RBC Vie de temps à autre.

Nom \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Titre \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Fondé de pouvoir)

Veuillez envoyer le formulaire à : [admin@groupinsurance.rbc.com](mailto:admin@groupinsurance.rbc.com).

Compagnie d'assurance vie RBC, 8677 Anchor Drive, C. P. 1600, Windsor (Ontario) N9A 0B3, 1-855-257-1598, <https://www.rbcassurances.com>