

## COMPTE CRÉDIT SANTÉ OU COMPTE CRÉDIT BIEN-ÊTRE

Renseignements d'ordre administratif		
Nom de l'employeur	N° de police de RBCA	N° de la division de facturation
Adresse (rue, ville, code postal)		Province

Une fois la formule remplie, la faire parvenir au Service clientèle francophone RBCA à [admin@groupinsurance.rbc.com](mailto:admin@groupinsurance.rbc.com) aux fins de traitement.

- (1) Ajouter les renseignements sur l'attribution annuelle pour les membres du régime dans le tableau ci-dessous ou joindre à la formule une feuille de calcul distincte.
- (2) Sélectionner la fréquence à laquelle les membres du régime doivent recevoir leur attribution annuelle :  
 Annuellement     Trimestriellement     Mensuellement
- (3) Ajouter les renseignements sur les membres du régime.

N° de certificat	Nom de famille	Prénom	Montant de l'attribution annuelle – Compte crédit santé	Montant de l'attribution annuelle – Compte crédit bien-être	À compter du Date

Nom de l'administrateur du régime \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Please retain this form for your records.

RBC Life Insurance Company, PO Box 1600, 8677 Anchor Drive, Windsor, ON N9A 0B3, 10855-264-2174, [www.rbcinsurance.com](http://www.rbcinsurance.com)