

Nom de l'entreprise :

S'il s'agit d'une société affiliée, d'une filiale, d'une succursale ou d'une société membre, précisez son nom : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_

Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal) : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_  
( )

Personne-ressource : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_ N° de télécopieur : \_\_\_\_\_  
( )

Courriel de la personne-ressource : \_\_\_\_\_

Nom de l'employé/l'assuré : \_\_\_\_\_ Date de naissance de l'employé/l'assuré (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ N° de participant : \_\_\_\_\_

Nom usuel (s'il diffère du prénom) : \_\_\_\_\_

Adresse de l'employé/l'assuré (numéro et rue, ville, province, code postal) : \_\_\_\_\_

Titre du poste de l'employé/l'assuré : \_\_\_\_\_ Date d'embauche (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ Date d'effet de l'assurance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de travail de l'employé (rue / ville / province / code postal) : \_\_\_\_\_

Département du rapport de l'employé : \_\_\_\_\_

N° d'identification de l'employé : \_\_\_\_\_ N° de division de l'employé : \_\_\_\_\_ N° de catégorie de l'employé : \_\_\_\_\_

Quelle était la profession de l'employé/l'assuré au début de l'invalidité et depuis combien de temps occupait-il son poste ?  employé permanent  employé à temps partiel  autre (précisez) \_\_\_\_\_

Dressez la liste de ses tâches ou joignez une copie de la description de poste : \_\_\_\_\_

Quelles sont les heures de travail habituelles d'une journée normale, exclusion faite des heures supplémentaires ? De \_\_\_\_\_ h à \_\_\_\_\_ h (format 24 h)  
Veuillez fournir l'horaire moyen d'une semaine complète de travail ou d'un cycle de travail, en précisant le nombre d'heures de travail par jour :

	D	L	M	M	J	V	S	
Heurs								Le cycle se répète-t-il ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
								Nombre moyen d'heures de travail par semaine : _____

Inscrivez «0» les jours où le demandeur ne travaille pas

L'employé/l'assuré a-t-il été mis à pied ?  Oui  Non Si « Oui », quand ? \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

L'employé/l'assuré a-t-il été rappelé ?  Oui  Non Si « Oui », quand ? \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

L'employé/l'assuré a-t-il quitté son emploi ?  Oui  Non Si « Oui », quand ? \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

Dernier jour de travail (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ Date de retour au travail ou date prévue de retour au travail : \_\_\_\_\_  
Date de retour à temps plein (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_  
Date de retour à temps partiel (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Salaire normal avant l'invalidité : \_\_\_\_\_ \$ (joindre des pièces justificatives des revenus)  
 Horaire  Hebdomadaire  Mensuel  Annuel Revenu assurable au titre de l'AE au dernier jour de travail : \_\_\_\_\_ \$

Offrez-vous un programme de retour au travail pour faciliter le retour au travail anticipé ?  Oui  Non Si « Oui », précisez : \_\_\_\_\_

Décrivez les mesures d'adaptation qui pourraient être envisagées pour ce poste : \_\_\_\_\_

(Dans le cas d'un accident du travail, veuillez joindre une copie du rapport d'accident.)

### SIGNATURE

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ déclare que les renseignements ci-dessus sont, à ma connaissance, véridiques et complets. (nom en caractères d'imprimerie)

**X** \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)  
Signature du représentant du service des avantages sociaux

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Titre du poste N° de téléphone

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Courriel N° de télécopieur

**Envoyer la formule dûment remplie et les documents par courriel à nos bureaux : [intake@rbc.com](mailto: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](http://www.rbcassurances.com)