

# Proposition supplémentaire pour assurance vie temporaire

Utiliser conjointement avec la proposition d'assurance invalidité



Assurances

## 1. PERSONNE À ASSURER

Nom légal en caractères d'imprimerie :  M.  M<sup>me</sup>  Mlle  D<sup>r</sup>  D<sup>re</sup>  Autre \_\_\_\_\_ (cochez une case)

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom et second prénom \_\_\_\_\_

Ancien nom \_\_\_\_\_ Date de naissance : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

## 2. ASSURANCE VIE DEMANDÉE

Montant de couverture d'assurance vie du contrat de base \_\_\_\_\_ \$

Formule d'assurance et option de couverture :

PourVous RBC<sup>MC</sup> \_\_\_\_\_ ans (10-40)

L'assurance vie temporaire demandée a-t-elle pour objet de remplacer une autre assurance vie en vigueur souscrite auprès d'un autre assureur, y compris auprès de RBC ?  Oui  Non

▶ Dans l'affirmative, remplissez les formules, y compris auprès de RBC et assurez-vous de fournir tous les renseignements demandés dans la partie « Assurance en vigueur ou à l'étude » de la proposition d'assurance invalidité.

## 3. TITULAIRE(S) PROPOSÉ(S) ▶ À remplir si le titulaire n'est pas la personne à assurer.

Particulier

Commerciale

M.  M<sup>me</sup>  Mlle  D<sup>r</sup>  D<sup>re</sup>  Autre

Nom de famille \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

Prénom et second prénom \_\_\_\_\_

Adresse postale (pour la facturation) \_\_\_\_\_

Lien avec la personne à assurer \_\_\_\_\_

Numéro et rue \_\_\_\_\_

Numéro et rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

À l'attention de \_\_\_\_\_

## 4. TITULAIRE SUBROGÉ

▶ Si tous les titulaires décèdent avant la personne à assurer, en l'absence d'un titulaire subrogé, la propriété de la police est transférée à la succession du dernier titulaire survivant.

Particulier

Commerciale

M.  M<sup>me</sup>  Mlle  D<sup>r</sup>  D<sup>re</sup>  Autre

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

Nom de famille \_\_\_\_\_

Prénom et second prénom \_\_\_\_\_

Lien avec la personne à assurer \_\_\_\_\_

## 5. BÉNÉFICIAIRE

Les désignations de bénéficiaire sont révocables, sauf stipulation contraire. Au Québec, si le conjoint auquel le propriétaire proposé est légalement marié et est désigné comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable, à moins d'avoir été expressément désigné à titre révocable. La désignation d'un nouveau bénéficiaire ne peut se faire sans l'autorisation par écrit du bénéficiaire irrévocable désigné.

Si le bénéficiaire est d'âge mineur, il est recommandé de nommer un fiduciaire afin d'éviter une consignation judiciaire, sauf au Québec. Veuillez remplir le formulaire de désignation de fiduciaire à la page 2. Au Québec, les prestations payables à un mineur sont versées au(x) parent(s) survivant(s) en qualité de tuteur(s).

En cas de désignation d'un mineur comme bénéficiaire irrévocable, sachez que tout changement ayant des répercussions sur la valeur de la police requiert l'autorisation du bénéficiaire irrévocable et une personne mineure ne peut pas donner cette autorisation.

Si tous les bénéficiaires décèdent avant la personne à assurer, les sommes assurées sont payables au bénéficiaire subsidiaire, s'il y a lieu, sinon au titulaire ou aux ayants droit du titulaire.

▶ Assurez-vous que le total des parts des bénéficiaires principaux et subsidiaires est respectivement de 100 %.

Personne à assurer A B	Nom au complet du bénéficiaire (Prénom) (Second prénom) (Nom de famille)			Révocable ou irrévocable	Lien avec la personne à assurer (au Québec, le titulaire proposé)	Bénéficiaire principal ou subsidiaire	Part (%)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							

**DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE**

À remplir si le titulaire proposé désire nommer un fiduciaire comme bénéficiaire et qu'un fiduciaire n'a pas déjà été nommé aux termes d'une convention de fiducie écrite.

Cette nomination s'applique aux prestations payables à tout bénéficiaire désigné en vertu de la police qui, au moment de recevoir les prestations, est mineur ou n'a pas la capacité juridique nécessaire pour donner décharge valide. Tout versement fait au fiduciaire libérera la Compagnie d'assurance vie RBC jusqu'à concurrence du montant versé.

J'autorise le fiduciaire, à sa seule discrétion, à employer ces prestations pour l'entretien ou l'instruction du bénéficiaire et à exercer les droits du bénéficiaire en vertu de la police.

La fiducie établie pour tout bénéficiaire prendra fin lorsque ce bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité et aura également la capacité juridique nécessaire pour donner décharge valide, et j'ordonne au fiduciaire de verser à ce moment-là au bénéficiaire l'actif détenu en fiducie pour ce bénéficiaire. Je me réserve le droit, personnellement ou par l'entremise de mon représentant personnel (au Québec : mon tuteur, curateur, liquidateur ou mandataire en cas d'incapacité), de nommer par écrit un nouveau fiduciaire qui remplacera l'ancien.

Je nomme \_\_\_\_\_ Prénom Second prénom Nom de famille

en qualité de fiduciaire, pour recevoir, en fiducie, les prestations payables en vertu de la police.

Lien avec la personne à assurer \_\_\_\_\_

**6. OBJET PRINCIPAL DE L'ASSURANCE**

- a. Individuelle [ ] b. Commerciale [ ]
Remplacement du revenu [ ] Protéger un employé clé [ ]
Préservation du patrimoine [ ] Financer une convention de rachat [ ]
Autre [ ] Autre [ ]
Veuillez préciser \_\_\_\_\_ Veuillez préciser \_\_\_\_\_

c. Existe-t-il une entente ou une entente est-elle prévue pour transférer la propriété de la police par suite de la présente proposition, y compris vendre la police ou la céder en garantie (hypothèque mobilière au Québec) ?
Si oui, veuillez préciser. \_\_\_\_\_

d. Une entité autre que le titulaire désigné paiera-t-elle les primes de la présente police ou les primes seront-elles payées au moyen de fonds empruntés auprès d'une banque, d'une autre institution financière ou d'un particulier ?
Si oui, veuillez préciser. \_\_\_\_\_

**À remplir si une assurance commerciale est demandée :**

- a. Valeur comptable de l'entreprise en dollars canadiens \_\_\_\_\_
b. Juste valeur marchande de l'entreprise en dollars canadiens \_\_\_\_\_
c. Bénéfice annuel net avant impôts de l'entreprise en dollars canadiens \_\_\_\_\_
d. Veuillez remplir les champs suivants :

Table with 4 columns: Nom des dirigeants, % de participation dans l'entreprise, Montant d'assurance vie en vigueur ou à l'étude, Compagnie d'assurance

**7. PAIEMENT DE LA PRIME** Prime initiale \_\_\_\_\_ \$

Mode de règlement :
[ ] Facturation annuelle avec avis de prime [ ] Débit préautorisé (DPA) mensuel (Remplir la partie sur le DPA de la proposition d'assurance invalidité)

Acquitter la prime de la note de couverture de l'assurance vie par DPA ?
[ ] Oui [ ] Non

La prime de la note de couverture pour l'assurance vie a-t-elle été perçue ?
[ ] Oui [ ] Dans l'affirmative, indiquez le montant perçu \_\_\_\_\_ \$
[ ] Non

Si la note de couverture pour l'assurance vie n'a pas été demandée, la prime initiale sera-t-elle réglée par DPA ?
[ ] Oui [ ] Non

**8. NOTE DE COUVERTURE**

En cas de réponse affirmative à l'une des questions suivantes, ou a été laissée en blanc et/ou si l'une quelconque des personnes à assurer a moins de 15 jours ou plus de 65 ans, la personne à assurer n'est pas admissible à la note de couverture. Dans ce cas, il ne faut pas établir de note de couverture. Quand vous répondrez à ces questions, veuillez NE PAS faire référence au sujet d'examen génétiques que vous avez faits ou que vous planifiez faire. Un examen génétique est une sorte d'examen médical qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes.

La personne à assurer : OUI NON

- 1. a-t-elle été traitée pour un trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins, crise cardiaque, hypertension artérielle, douleur thoracique, ECG (électrocardiogramme) anormal, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, diabète, maladie chronique des reins, du foie ou pulmonaire, cancer ou tumeur, sclérose en plaques, paralysie, maladie du motoneurone, maladie d'Alzheimer, maladie de Huntington, maladie de Parkinson, SIDA, syndrome apparenté du SIDA ou infection au VIH, perte de la parole, cécité ou surdité ou en a-t-elle déjà présenté les signes ? [ ] [ ]
2. au cours de la dernière année, a-t-elle été admise dans un centre hospitalier ou autre établissement médical (autrement que pour un accouchement normal) ou lui a-t-on conseillé de l'être ? [ ] [ ]
3. s'est-elle fait conseiller de passer des tests, des examens ou de subir une intervention chirurgicale sans y avoir encore donné suite ? [ ] [ ]
4. au cours des 12 derniers mois, s'est-elle vu refuser une assurance vie ou maladies graves, la modification ou remise en vigueur d'une telle assurance, ou une telle assurance a-t-elle été établie autrement qu'aux taux standard ou été modifiée de quelque manière que ce soit ? [ ] [ ]
5. a-t-elle connaissance de symptômes pour lesquels elle n'a pas encore cherché à suivre un traitement, pour lesquels un traitement est prévu ou pour lesquels elle est en attente d'un traitement ? [ ] [ ]



**PARTIE À REMPLIR, À DÉTACHER ET À REMETTRE À LA PERSONNE À ASSURER SEULEMENT  
SI ELLE DEMANDE LA NOTE DE COUVERTURE**

**Reçu de la note de couverture**

La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) accuse réception de la somme de \_\_\_\_\_ \$, qui représente le paiement d'au moins une prime mensuelle (1/12 de la prime annuelle si le titulaire paie une prime annuelle) au taux standard qui s'applique à la police d'assurance vie proposée, ou encore est autorisée par la présente proposition d'assurance vie (la « proposition ») à prélever cette somme immédiatement par débit préautorisé, aux fins du paiement de la prime d'assurance sur la tête (les têtes) de

Personne à assurer

Fait à \_\_\_\_\_ en ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_  
Ville, Province Mois

Signature du représentant

La demande de note de couverture, la proposition d'assurance vie et le paiement par chèque (s'il y a lieu) doivent tous porter la même date, faute de quoi la note de couverture applicable à l'assurance vie sera nulle et sans effet.

**Note de couverture applicable à l'assurance vie (assurance vie provisoire)**

La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) accepte d'assurer la personne à assurer désignée dans le reçu de la note de couverture applicable à l'assurance vie (appelée « personne à assurer » dans la présente note de couverture), sous réserve des conditions ci-dessous.

**Assurance**

L'assurance vie provisoire entre en vigueur dès la signature de la proposition d'assurance vie et de la demande de note de couverture applicable à l'assurance vie (assurance vie provisoire) et la réception du paiement demandé aux termes de la note de couverture applicable à l'assurance vie.

Dans l'éventualité du décès de la personne à assurer (s'il y a plus d'une personne à assurer, au premier ou au dernier décès, selon la proposition d'assurance vie) pendant que la présente assurance vie provisoire est en vigueur, RBC Vie versera au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans la proposition d'assurance vie, sous réserve d'un maximum de 1 000 000 \$ au titre de la présente assurance vie provisoire et de toute autre assurance vie provisoire établie par RBC Vie sur la tête de la personne à assurer, la MOINDRE des sommes ci-dessous :

- a. le montant d'assurance vie demandé dans la proposition, OU
- b. 1 000 000 \$.

Si le montant total d'assurance vie demandé sur la tête de la personne à assurer dans la proposition d'assurance vie est supérieur au maximum payable au titre de l'assurance vie provisoire, et que le décès de la personne à assurer survient pendant qu'elle est assurée au titre de l'assurance vie provisoire, RBC Vie remboursera la partie du paiement effectué pour le montant d'assurance en excédent du maximum payable au titre de l'assurance vie provisoire.

**Fin de la note de couverture applicable à l'assurance vie**

L'assurance au titre de la note de couverture (assurance vie) prend fin à la première des éventualités suivantes :

- a. 90 jours après la date de signature de la proposition ; OU
- b. la date à laquelle RBC Vie envoie par la poste l'avis de résiliation de l'assurance prévue par la note de couverture ; OU
- c. la date d'entrée en vigueur de la police établie par RBC Vie par suite de la proposition ; OU
- d. la date à laquelle le ou les titulaires proposés refusent la délivrance de la police établie par suite de la proposition, ou refusent la police pour quelque motif ; OU
- e. la date à laquelle le ou les titulaires proposés demandent à RBC Vie de résilier la note de couverture ou retirent la proposition ;  
OU
- f. le jour du décès de la personne à assurer (s'il y a plus d'une personne à assurer, au premier ou au dernier décès, selon la proposition d'assurance vie).

Sauf en cas de fraude, le paiement reçu par RBC Vie est remboursé si l'assurance prend fin conformément aux dispositions des paragraphes a, b, d ou e.

**Restrictions et exclusions**

- a. En cas de fausse déclaration ou d'omission de faits importants dans l'une des parties de la proposition d'assurance, de la note de couverture, d'un supplément ou d'un questionnaire à la proposition lors d'un examen paramédical ou médical, aucune assurance vie provisoire n'entre en vigueur et RBC Vie doit, sauf en cas de fraude, rembourser le paiement reçu au titre de la note de couverture.
- b. RBC Vie n'a aucune obligation contractuelle si la personne à assurer décède par suite d'un suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non ; par contre, RBC Vie doit rembourser la prime qu'elle a reçue au titre de la note de couverture.
- c. Aucun avenant d'assurance décès accidentel, invalidité/remplacement du revenu, maladies graves, avenant d'assurance temporaire pour enfants ou remboursement/exonération des primes n'est fourni au titre de la note de couverture.
- d. L'assurance vie provisoire n'entre pas en vigueur si le proposant n'a pas répondu à l'une des questions dans la demande de note de couverture ou a fourni une réponse affirmative à l'une de ces questions ou n'a pas signé la proposition d'assurance vie ou la demande de note de couverture applicable à l'assurance vie, ou si la personne à assurer est âgée de moins de 15 jours ou est âgée de plus de 65 ans, ou si le paiement effectué pour l'assurance vie provisoire n'est pas honoré sur présentation et/ou si la demande de note de couverture applicable à l'assurance vie, la proposition d'assurance vie et le chèque (s'il y a lieu) ne portent pas tous la même date.
- e. La note de couverture applicable à l'assurance vie n'est pas offerte si la proposition d'assurance vie est présentée au titre de la disposition de transformation d'une police en vigueur ou de l'option de transformation au titre d'un avenant d'une police en vigueur.

Cette page est laissée en blanc  
intentionnellement.

## CONVENTION

Dans cette Convention, la Compagnie d'assurance RBC Vie est appelée la « Compagnie », toute police émise à la suite de cette proposition est appelée la « Police », et le Titulaire proposé et la Personne à assurer, si différente du Titulaire proposé, sont chacun appelés « je/j' », « me/m' » et « ma/mon/mes ».

Il est entendu et convenu que :

1. J'ai lu les déclarations et les réponses données dans la présente proposition, dans la proposition d'assurance invalidité qui accompagne la présente proposition et dans tout supplément ou questionnaire fourni à l'appui de cette demande. Elles sont véridiques, complètes, et correctement déclarées. Pour obtenir des preuves d'assurabilité supplémentaires, la Compagnie pourra commander un paramédical ou examen médical ou une entrevue téléphonique. Pendant l'examen ou l'entrevue, je répondrai à toute question honnêtement et en fournissant des réponses complètes. Je suis responsable de vérifier l'exactitude et l'exhaustivité des renseignements fournis dans cette proposition, dans la proposition d'assurance invalidité qui accompagne la présente proposition et dans tout supplément ou questionnaire, tout paramédical ou examen médical, et toute entrevue téléphonique enregistrée. La Compagnie prendra sa décision basée sur toutes les informations qu'elle lui fut fournies. Je comprends que des réponses inexacts ou incomplètes à des questions peuvent avoir une incidence sur l'admissibilité à une couverture et/ou aux prestations, et pourraient entraîner la nullité de la couverture.
2. Sur livraison de cette Police, le Titulaire proposé s'assurera que la Personne à assurer examine les déclarations et réponses contenues dans tout paramédical ou examen médical, toute entrevue téléphonique enregistrée, et tout autre supplément ou questionnaire et qu'elle vérifie qu'elles sont correctement complétées. Le Titulaire proposé avisera la Compagnie immédiatement si, entre la date qu'elles ont été fournies et la date de livraison de cette Police, il y a un changement dans les déclarations et réponses dans cette proposition, dans la proposition d'assurance invalidité qui accompagne la présente proposition, ou dans tout paramédical ou examen médical, toute entrevue téléphonique consignée, ou tout autre supplément ou questionnaire (si applicable).
3. Le Contrat d'assurance complet est constitué de la Police, des avenants, des exclusions, des modifications, des addendas et des documents annexés, y compris tout paramédical ou examen médical et toute entrevue téléphonique complétés, ainsi que de toutes les parties remplies de cette proposition, la proposition d'assurance invalidité qui accompagne la présente proposition, tout supplément à la proposition et tout questionnaire annexé. Aucune déclaration, ni aucun renseignement recueilli par un représentant de la Compagnie, un examinateur, ou un interviewer ne doit être attribué à la Compagnie ou ne lie cette dernière, à moins que ledit renseignement ne soit contenu dans le Contrat d'assurance. Seul un membre de la direction de la Compagnie peut.
  - a. altérer ou modifier les modalités de la Police ou
  - b. renoncer à un droit ou à une exigence de la Compagnie. Le fait d'accepter la Police revient à en accepter les conditions et à ratifier les changements stipulés par la Compagnie dans la Police.
4. Au Québec, l'assurance, en vertu de la Police, ne prend effet que lorsque:
  - a. la prime initiale a été acquittée intégralement; et
  - b. la proposition a été acceptée sans modification par la Compagnie.Dans toutes provinces autres que le Québec, et au Québec si la proposition a été acceptée par la Compagnie sous réserve de modifications, l'assurance, en vertu de la Police, ne prend effet que lorsque :
  - a. la prime initiale a été acquittée intégralement; et
  - b. la Police a formellement été présentée au Titulaire proposé et toutes les conditions pour que nous puissions remettre la Police au Titulaire proposé sont remplies, y compris mais sans s'y limiter, la réception à nos bureaux de toutes les modifications, annexes et exclusions requises pour mettre la Police en vigueur, signées par le Titulaire proposé et la Personne à assurer, si différente du Titulaire proposé, dans le délai imparti; et
  - c. aucun changement n'est intervenu dans la santé ni l'assurabilité de la Personne à assurer entre la date de signature de la proposition et la date de délivrance de la Police.
5. J'ai reçu l'information nécessaire à la souscription du ou des produits.
6. Si j'ai fourni des renseignements personnels sur une autre personne, je confirme avoir obtenu les consentements appropriés, conformément aux lois applicables en matière de protection des renseignements personnels, pour fournir les renseignements et pour que ceux-ci soient utilisés aux fins nécessaires.
7. Lorsque la présente police est utilisée dans le cadre d'une stratégie avec effet de levier (cession en garantie ou hypothèque mobilière au Québec), j'ai obtenu ou j'ai eu l'occasion d'obtenir un avis juridique et fiscal indépendant au sujet des répercussions éventuelles qui pourraient découler de la mise en oeuvre d'une telle stratégie. Ces conseils peuvent porter, entre autres, sur la pertinence de cette stratégie pour moi ou pour ma société, ainsi que sur les conséquences des variations des taux d'intérêt et d'imposition, du montant emprunté ou de l'espérance de vie présumée de l'assuré. J'assume l'entière responsabilité de toute répercussion fiscale et juridique pouvant découler de la mise en oeuvre d'une stratégie avec effet de levier consistant à utiliser la présente police d'assurance vie en garantie d'un prêt.

**J'ai lu, compris et j'accepte les termes et conditions de la Reçu de la note de couverture applicable à l'assurance vie (ne s'applique que si l'acompte minimal a été versé et le reçu a été détaché, comme il se doit, de la présente proposition).**

Fait à \_\_\_\_\_ en ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_  
Ville, Province Mois

Signature de la personne à assurer

Signature du titulaire proposé (s'il n'est pas une des personnes à assurer) (Si le titulaire est une entreprise, fournir le titre du fondé de pouvoir ; si le titulaire est un fiduciaire, signer en tant que fiduciaire et identifier la fiducie.)

Cette page est laissée en blanc  
intentionnellement.

## DÉCLARATION DU REPRÉSENTANT

J'ai expliqué clairement les dispositions et restrictions de la police demandée et, s'il y a lieu, de la note de couverture aux personnes à assurer et aux titulaires proposés. J'ai posé distinctement toutes les questions comprises dans la proposition ou les personnes à assurer et les titulaires proposés les ont lues distinctement. À ma connaissance, toutes les réponses et déclarations figurant dans la proposition ont été transcrites intégralement et correctement. Aucun renseignement pertinent au sujet des personnes à assurer n'a, à ma connaissance, été passé sous silence dans la proposition. Si une police est établie, je ne la délivrerai aux titulaires proposés seulement qu'après avoir obtenu confirmation que toutes les conditions requises pour délivrer le contrat ont été complètement remplies et qu'aucun changement n'est intervenu dans l'assurabilité des personnes à assurer.

Il est entendu que je ne suis pas habilité à modifier la proposition, la note de couverture ou les dispositions de la police, si elles sont établies. J'ai accompli tous mes devoirs et obligations en ce qui a trait à la déclaration du conseiller, et fourni une déclaration du conseiller par écrit aux titulaires proposés.

Date (jj/mm/aaaa)			
Signature du représentant			
Nom du représentant			
Nom de l'entreprise du représentant			
Bureau de marketing/AGD			
Part	%	Code du représentant de service (assurance vie)	% Code du représentant (assurance vie)

Veuillez utiliser cet espace pour nous communiquer des directives particulières ou nous fournir tout autre renseignement pertinent à l'évaluation du risque.

--



Assurances