

Proposition d'assurance protection du revenu en cas d'invalidité de la Série Fondamentale® couverture blessure



Assurances

Cette proposition porte sur la couverture Blessure seulement. Si vous désirez souscrire la couverture Maladie, veuillez également remplir la proposition d'assurance – Couverture maladie de la Série Fondamentale.

Doit être utilisée UNIQUEMENT pour une NOUVELLE police.

Demande de modification d'une couverture existante :

• Dans les 60 jours de la date d'entrée en vigueur de la couverture – remplir la Demande de réémission

• Plus de 60 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la couverture – remplir la Demande de remise en vigueur ou de modification de police

NUMÉRO DE FRANCHISE (le cas échéant):

1. PERSONNE À ASSURER

M. ☐ M^{me} ☐ M^{lle} ☐ D^r ☐ D^{re} ☐ Autre ☐ Préciser Femme ☐ Homme ☐

Prénom Deuxième prénom Nom de famille

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Adresse : App. Numéro Rue

Ville Province Code postal

N° de téléphone au domicile N° de téléphone cellulaire

Adresse électronique

Comprenez-vous le français ou l'anglais ? Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu par non, veuillez remplir une Déclaration d'entente dans la langue de votre choix

Pour les résidents du Québec : L'assurance que vous demandez remplace-t-elle ou modifie-t-elle une assurance invalidité individuelle en vigueur ou à l'étude ? Oui ☐ Non ☐ Si vous avez répondu par oui, veuillez remplir et soumettre les formules de déclaration appropriées.

1. a) Cette proposition fait-elle partie du **Programme de réduction des primes pour étudiants** ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, la prestation mensuelle maximale est de 2 000 \$.

1. b) Si vous avez répondu oui à la question 1. a), êtes-vous inscrit auprès d'un collège ou d'un organisme de réglementation reconnu pour exercer votre profession ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, vous pouvez répondre non à la question de Pré-Admissibilité n° 2b sans conséquence sur l'admissibilité à la couverture.
Si non, la couverture au titre du Programme de réduction des primes pour étudiants n'est pas offerte.

1. c) Cette proposition fait-elle partie d'un **régime d'indemnités pour perte de salaire** dont les primes sont payées par l'employeur ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, soumettez une Modification du régime d'indemnités pour perte de salaire A694 et remplissez la partie Propriété de la présente proposition.

Veuillez utiliser le libellé exact de la profession énoncé dans le guide des taux.

Exercez-vous une autre profession plus de 15 % de votre temps ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, veuillez aussi indiquer la profession secondaire.

Profession principale Profession secondaire

Décrivez la nature de l'entreprise Décrivez la nature de l'entreprise

Décrivez vos fonctions Décrivez vos fonctions

Pourcentage de travail de bureau Pourcentage de travail de bureau

Pourcentage de travail manuel Pourcentage de travail manuel

Si vous exercez les fonctions de chauffeur (comme profession principale ou secondaire), veuillez remplir la section suivante.

Quel type de chauffeur êtes-vous ? Que transportez-vous ?

Quel pourcentage de votre travail comporte des tâches manuelles ? Moins de 15 % ☐ Plus de 15 % ☐

Si plus d'une profession est indiquée ci-dessus, utilisez la catégorie professionnelle la plus basse (La catégorie 1 est la plus haute).

Catégorie professionnelle 1: Catégorie 1 ☐ Catégorie 2 ☐ Catégorie 3 ☐ Catégorie 4 ☐ Catégorie 5 ☐ Catégorie 6 ☐

Êtes-vous couvert par un régime d'indemnisation des accidents du travail ? Oui ☐ Non ☐ Si vous avez répondu par non, la couverture 24 heures sur 24 est obligatoire. Si vous avez répondu par oui, vous pourriez envisager de souscrire uniquement la couverture non liée à la profession.

2. QUESTIONS DE PRÉ-ADMISSIBILITÉ

a) Avez-vous des restrictions ou limitations persistantes quant à vos mouvements corporels ou activités quotidiennes en raison d'une blessure ou d'une autre affection ? **Si oui, l'assurance n'est pas offerte.** Oui ☐ Non ☐

b) Travaillez-vous actuellement un minimum de 20 heures par semaine, 35 semaines par année ?
Si non, l'assurance n'est pas offerte. Oui ☐ Non ☐

c) Avez-vous la citoyenneté canadienne ou le gouvernement canadien vous a-t-il accordé le statut de résident permanent (immigrant reçu) ? **Si non, l'assurance n'est pas offerte.** Oui ☐ Non ☐

¹ Voir le Sommaire des caractéristiques pour de plus amples renseignements sur ces termes.

3. CALCUL DE LA PERTE DE REVENU (À ne remplir que si vous demandez la couverture Perte de revenu. Si vous demandez une couverture dans le cadre du Programme de réduction des primes pour étudiants, il n'est pas nécessaire de remplir la ligne (A).)

Employé Indiquez votre revenu d'emploi annuel ¹ (A) \$

Travailleur autonome Indiquez soit votre revenu d'entreprise annuel¹ plus votre revenu d'emploi annuel¹ provenant de l'entreprise soit 50 % de votre chiffre d'affaires brut ¹ (A) \$

Indiquez la prestation mensuelle maximale admissible d'après le Tableau de détermination des prestations en fonction du montant indiqué en (A)

(Si vous demandez une couverture dans le cadre d'un régime d'indemnités pour perte de salaire dont les primes sont payées par l'employeur, utilisez le Tableau de détermination des prestations imposables.)

(Si vous demandez une couverture dans le cadre du Programme de réduction des primes pour étudiants, la prestation mensuelle maximale est de 2 000 \$.)

Indiquez la prestation mensuelle de toute assurance invalidité que vous recevez de toutes sources (B) \$

Prestation mensuelle maximale (B moins C) (C) \$

4. CALCUL DE LA COUVERTURE FRAIS GÉNÉRAUX D'ENTREPRISE (FGE)

(À ne remplir que si vous demandez la couverture Frais généraux d'entreprise)

	Paiements mensuels
Remboursement sur crédit-bail	\$
Loyer	\$
Frais professionnels et comptables	\$
Primes d'assurance	\$
Services publics	\$
Autres frais fixes (veuillez préciser)	\$
	\$
	\$

Total des FGE mensuels (E) 0.00 \$

Indiquez la prestation mensuelle de toute assurance frais généraux d'entreprise en cas d'invalidité que vous recevez de toutes sources (F) \$

Prestation mensuelle maximale FGE (E moins F) (G) 0.00 \$

5. COUVERTURE BLESSURE DEMANDÉE

Perte de revenu – couverture Blessure

Type de couverture : 24 heures sur 24 ☐ Non liée à la profession ☐
Période d'indemnisation : 5 ans ☐ Jusqu'à 70 ans ☐
Délai de carence : 0 jour ☐ 30 jours ☐ 90 jours ☐ 120 jours ☐

Prestation mensuelle demandée : (ne peut dépasser la limite de souscription maximale de la catégorie ou, s'il est moins élevé, le montant ci-dessus en (D)) \$

La couverture est offerte par tranches de 100 \$, un minimum de 500 \$ par mois étant exigé.

Décès et mutilation accidentels (DMA)

Prestation demandée : 100 000 \$ ☐ 200 000 \$ ☐ 300 000 \$ ☐ 400 000 \$ ☐ 500 000 \$ ☐
Type de couverture : Avec RFMA² ☐ Sans RFMA ☐

Bénéficiaire de l'assurance décès et mutilation accidentels (nécessaire seulement si l'assurance DMA est souscrite). Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les prestations seront versées à la succession de la personne assurée.

Nom du bénéficiaire Lien avec la personne à assurer

Toutes les désignations de bénéficiaire sont révocables sauf au Québec. Au Québec, si le conjoint auquel vous êtes légalement marié est désigné comme bénéficiaire, ce bénéficiaire est irrévocable à moins que ne soit cochée la case suivante. Révocable ☐

Sauf au Québec, si vous avez désigné un bénéficiaire mineur (moins de 18 ans), vous devriez désigner un fiduciaire pour éviter que les sommes dues soient consignées au tribunal. Au Québec, les prestations payables à un mineur sont versées au(x) parent(s) survivant(s) en qualité de tuteur(s).

Nom du fiduciaire Lien avec la personne à assurer

Couverture Frais généraux d'entreprise – Blessure

Prestation mensuelle demandée : (ne peut dépasser la limite de souscription maximale de la catégorie ou, s'il est moins élevé, le montant ci-dessus en (G), plus 25 %) \$

La couverture est offerte par tranches de 100 \$, un minimum de 500 \$ par mois étant exigé.

La période d'indemnisation de la couverture FGE – Blessure est de 12 mois et le délai de carence est de 30 jours.

¹ Voir le Sommaire des caractéristiques pour de plus amples renseignements sur ces termes.

² Remboursement des frais médicaux en cas d'accident

PROPRIÉTÉ DU CONTRAT À remplir si le titulaire n'est pas la personne à assurer. Doit être rempli si un régime d'indemnités pour perte de salaire est sélectionné.

Adresse _____
Écrire en lettres majuscules le nom légal du titulaire proposé.

Adresse _____
Écrire en lettres majuscules le nom légal du titulaire en sous-ordre.

Adresse électronique (si le titulaire n'est pas la personne à assurer) _____

À qui faut-il adresser la correspondance ? _____

6. PAIEMENT DE LA PRIME – DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Veillez sélectionner la périodicité des versements : Mensuelle (DPA) ☐ ou Annuelle (DPA) ☐

Je demande/nous demandons à la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Assurances) et l'autorise/l'autorisons à débiter mon/notre compte indiqué ci-dessous pour acquitter les primes, conformément à l'Accord de débit préautorisé tel qu'il est indiqué dans le Sommaire des caractéristiques. J'autorise/nous autorisons RBC Assurances à prélever la prime initiale requise pour que l'assurance entre en vigueur, dès réception de la proposition par RBC Assurances. Par la suite, RBC Assurances prélèvera les primes à leur date d'échéance, ou à la date que j'ai/nous avons indiquée ci-dessous. Les noms et signatures de toutes les personnes dont l'autorisation est requise pour effectuer les prélèvements sur le compte sont fournis ci-dessous.

Date de prélèvement spécial (**S'applique uniquement à la périodicité de versement Mensuelle (DPA)**) : Au lieu de prélever les primes mensuelles à leur date d'échéance, après que la prime initiale aura été acquittée, veuillez prélever les primes tous les du mois (du 1^{er} au 28 seulement).

Coordonnées bancaires (Veillez joindre un chèque marqué « NUL » – Le prélèvement sur un compte de marge de crédit n'est pas autorisé.)

VOTRE DÉNOMINATION SOCIALE 0001
123 VOTRE RUE
VOTRE VILLE (PROVINCE) A1B 2C3

DATE J J M M A A A A

PAYEZ à _____ \$
l'ordre de _____

VOTRE INSTITUTION FINANCIÈRE
456 RUE BANQUE
VOTRE VILLE (PROVINCE) A1B 2C3

NUMÉRO DE SUCCURSALE _____
NUMÉRO DE BANQUE _____
NUMÉRO DE COMPTE _____

Prière d'utiliser les coordonnées bancaires

- ☐ Indiquées sur le chèque annulé ci-joint, ou
☐ Inscrites ci-dessous

Nom de la banque ou de l'institution financière	Numéro de succursale (5 chiffres)	Numéro de banque (3 chiffres)	Numéro de compte
Nom du payeur (titulaire du compte)		Nom du deuxième payeur (titulaire du compte) (s'il y a lieu)	
Signature du payeur		Signature du deuxième payeur (s'il y a lieu)	

7. CONVENTION

Je déclare que toutes les affirmations et réponses fournies dans toutes les parties de cette proposition sont complètes et véridiques et conviens de ce qui suit :

- A) L'assurance entre en vigueur à la date de cette proposition d'assurance (ou, si la proposition est signée le 29, le 30 ou le 31 du mois, le 1^{er} du mois suivant) à condition que le paiement de la prime initiale soit honoré sur présentation par la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Assurances).
- B) J'atteste avoir reçu le Sommaire des caractéristiques et avoir été informé de le lire. Il contient quelques-unes des principales définitions, exclusions et restrictions de l'assurance demandée, ainsi que l'énoncé sur la protection des renseignements personnels intitulé « Collecte et utilisation des renseignements personnels » qui décrit la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels. J'ai également été informé d'examiner attentivement ma police d'assurance lorsqu'elle sera établie pour bien comprendre ses conditions, définitions, exclusions et restrictions.
- C) 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.
- D) Il existe des limites aux montants de prestation mensuelle (que RBC Assurances appelle « limites de souscription ») qu'établira RBC Assurances pour une personne au titre d'une police de la Série Fondamentale. La prestation mensuelle pour perte de revenu est limitée à 6 000 \$ pour les catégories 1 et 2 (8 500 \$ si un Régime d'indemnités pour perte de salaire imposable est sélectionné), et à 5 000 \$ pour les catégories 3, 4, 5 et 6 (6 500 \$ si un Régime d'indemnités pour perte de salaire imposable est sélectionné). La prestation mensuelle pour frais généraux d'entreprise se limite également à 6 000 \$ pour les catégories 1 et 2, et à 5 000 \$ pour les catégories 3, 4, 5 et 6. Si j'ai déjà une police de la Série Fondamentale, que RBC Assurances établit une autre police de la Série Fondamentale pour moi et que l'assurance combinée en vertu des deux polices de la Série Fondamentale dépasse par inadvertance les limites de souscription, l'assurance établie à la suite de cette proposition sera réduite afin que le montant combiné n'excède pas les limites de souscription. Dans ce cas, RBC Assurances me remboursera les primes versées pour l'assurance excédentaire.
- E) Il existe aussi une limite au montant d'assurance que RBC Assurances fournira à une personne lorsqu'il est combiné au montant d'une autre assurance invalidité de cette personne (autre qu'une assurance de la Série Fondamentale). RBC Assurances appelle cette limite la « limite de participation ». La limite de participation repose sur trois éléments : le revenu que j'ai déclaré dans ma proposition, toute autre assurance invalidité que j'ai déjà ou que j'ai demandée et les montants maximums que RBC Assurances fournira en combinaison avec cette autre assurance invalidité. Si le montant établi est inférieur au montant que j'ai demandé, je conviens que RBC Assurances n'est pas tenue de m'en aviser. Si j'accepte la police avec un montant d'assurance inférieur à celui que j'ai demandé, mon acceptation signifiera que j'accepte ce montant d'assurance inférieur.

CONVENTION (continué)

F) RBC Assurances a le droit d'annuler ma police advenant une fausse déclaration ou la non-divulgateion de renseignements importants dans toute partie de la présente proposition d'assurance.

G) Aucune déclaration, ni aucun renseignement recueilli par un représentant de RBC Assurances ne doit être attribué à RBC Assurances ou ne lie cette dernière, à moins que ce renseignement soit contenu dans cette proposition. Seul un membre de la direction de RBC Assurances peut a) modifier les conditions de cette proposition ou d'une police, ou b) renoncer à un droit ou à une exigence de RBC Assurances.

Fait à [] le [] jour de [] Année []
(ville/province) (jour) (mois)

[] []
Signature de la personne à assurer Signature du titulaire proposé

Si le titulaire de la police est une société, la proposition doit être signée par un dirigeant de la société, qui n'est pas la personne à assurer (sauf si la personne à assurer est le seul dirigeant de la société).

RAPPORT DU CONSEILLER

1. La personne à assurer est employée par RBC et est admissible au rabais Nos collègues, nos clients. []
2. Déclaration du conseiller :

J'ai clairement expliqué à la personne à assurer les dispositions et restrictions de la police demandée et j'ai fourni les détails sur la couverture demandée dans le reçu de prime et l'avis d'information. J'ai posé distinctement toutes les questions indiquées dans la proposition ou la personne à assurer les a lues distinctement.   ma connaissance, toutes les réponses et déclarations figurant dans la proposition ont été transcrites intégralement et correctement. Aucun renseignement pertinent au sujet de la personne à assurer n'a, pour autant que je sache, été passé sous silence dans la proposition. Si la police est établie, je la d livrerai seulement après avoir obtenu confirmation que toutes les conditions requises pour sa livraison ont été remplies, et si la couverture Maladie a été établie, aucun changement n'est intervenu dans l'assurabilité de la personne à assurer entre la date de la proposition pour la couverture Maladie et la date de livraison de la police. Il est entendu que je ne suis pas habilité à modifier la proposition ou les dispositions de la police, si celle-ci est établie. J'ai rempli mes devoirs et obligations concernant la Déclaration du conseiller, en fournissant à la personne à assurer la déclaration en question par écrit.

Date		
Signature du conseiller		
Nom du conseiller		
Nom de l'entreprise du conseiller		
Bureau de marketing /AGD		
Part	%	Code du conseiller attitré : % Code de conseiller :