Demande de prestations d'invalidité de courte durée
Déclaration du client

Assurances

☐ Indemnité hebdomadaire en cas d'accident/association : N° de police : _____

☐ Invalidité de courte durée : N° de police : _____

☐ Invalidité de courte durée – Recommendation de paiement : N° de police : _____

RENSEIGNEMENTS SUR VOUS

Nom de famille : Prénom : Deuxième prénom :

Nom usuel (s'il diffère de votre prénom) :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : Sexe assigné à la naissance : Genre de préférence :

Adresse (app., rue, ville, province, code postal) :

Numéro de téléphone à domicile : ( ) Numéro de téléphone cellulaire : ( )

Adresse de courrier électronique :

PRÉCISIONS SUR VOTRE DEMANDE DE PRESTATIONS

1. a) Dernier jour de travail ? _____ (JJ/MM/AAAA)
   b) Quelle est la date à laquelle vous n'avez pas pu travailler pour la première fois ? _____(JJ/MM/AAAA)
   c) Ce jour-là, avez-vous travaillé toute la journée ? ☐ Oui ☐ Non
   Si « Non », veuillez donner de précisions : _____
   d) Quel est le motif de l'arrêt de travail ?
   _____
2. Décrivez les symptômes dont vous souffrez actuellement et qui vous empêchent de travailler (y compris la date à laquelle les symptômes sont apparus pour la première fois) :
   _____
3. Votre affection est-elle attribuable à un accident ? ☐ Oui ☐ Non
   Si « Oui », lieu de l'accident : à la maison au travail ailleurs ☐ à la maison ☐ au travail ☐ ailleurs
4. Circonstances : _____
   _____
5. Date de l'accident : _____ (JJ/MM/AAAA) Heure : _____(format 24 h)
6. Date de retour au travail ou date prévue de retour au travail : _____ _____
   Retour à temps plein (JJ/MM/AAAA) Retour à temps partiel (JJ/MM/AAAA)

IMPORTANT : Si votre prestation d'invalidité de courte durée ou indemnité hebdomadaire en cas d'accident est imposable, veuillez remplir les deux champs relatifs aux montants d'exonération (réclamés) d'impôt fédéral _____ $ et provincial _____ $ en remplissant les formulaires requis, accessibles sur le site Web de l'ARC https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/formulaires-publications/td1-declarations-credits-impot-personnels.html.

AUTRE FORMES DE REMPLACEMENT DU REVENU ET AUTRES ASSURANCES

1. Avez-vous présenté une demande de prestations d'invalidité ou recevez-vous un revenu d'une autre source ? (p. ex., CAT/CSST, assurance invalidité ou automobile, revenu d'emploi) ☐ Oui ☐ Non Si « Oui », remplissez le tableau suivant :

Source de revenue	Oui/ Non	Numéro de police	Montant hebdomadaire/ mensuel	Date de présentation de la demande	État	Début des paiements	Fin des paiements
Assurance emploi							
Prestations versées par la CAT/CSST, etc.							
Assurance automobile							
RPC/RRQ							
Autre (précisez) : _____							

(Joindre une copie de toute la correspondance pertinente, y compris le rapport d'accident)

Assurances

VOTRE TRAITEMENT

1. Date du premier traitement par un médecin pour cette affection : _____ (JJ/MM/AAAA)
2. Si vous avez été hospitalisé : Date d'admission : _____ (JJ/MM/AAAA) Date de sortie : _____ (JJ/MM/AAAA)
3. Veuillez donner le nom de tous les professionnels de la santé que vous avez consultés, au cours des deux dernières années, notamment votre médecin de famille actuel, vos médecins consultants, vos physiothérapeutes, vos chiropraticiens, vos psychologues et vos thérapeutes, en commençant par le plus récent. Énumérez tout autre professionnel de la santé sur une feuille séparée.

Médecin/professionnel de la santé :		**Spécialité :**
Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal)		
N° de téléphone ( )	N° de télécopieur ( )	Date des consultations (JJ/MM/AAAA)
Traitement		
Médecin/professionnel de la santé :		**Spécialité :**
Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal)		
N° de téléphone ( )	N° de télécopieur ( )	Date des consultations (JJ/MM/AAAA)
Traitement		
Médecin/professionnel de la santé :		**Spécialité :**
Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal)		
N° de téléphone ( )	N° de télécopieur ( )	Date des consultations (JJ/MM/AAAA)
Traitement		

DÉPÔT DIRECT

Les renseignements pour le dépôt direct sont requis pour le paiement des prestations des polices d'assurance invalidité de courte durée (ICD) et des polices d'assurance invalidité de longue durée (ILD). Tout droit à des prestations au titre du service Recommandation de paiement ICD sera à la charge de l'employeur.

⑈000⑈ ⑆01234⑈001 1234 56⑈7⑈

Nº de domiciliation :	Nº d'institution bancaire :	Nº de compte bancaire :
Compte : ☐ Chèques ☐ Épargne **(Les comptes de marge de crédit ne sont pas acceptés)**		

J'autorise la Compagnie d'assurance vie RBC (« RBC Assurances ») à déposer mes prestations dans mon compte bancaire auprès de l'institution financière susmentionnée et ce, jusqu'à nouvel ordre écrit de ma part

Signature : _____ Date : _____

Joindre une copie numérique d'un chèque non signé, marqué « NUL ».

Assurances

AUTORISATION DU CLIENT

AVIS RELATIF À LA FRAUDE

Toute personne qui remplit sciemment une déclaration du client renfermant des renseignements faux ou mensongers est passible de poursuites criminelles ou civiles.

Je, _____ , déclare que les renseignements ci-dessus sont,

à ma connaissance, véridiques et complets.

Date _____ Signature du client _____
(JJ/MM/AAAA)

AUTORISATION

J'autorise la compagnie (la compagnie s'entend de la Compagnie d'assurance vie RBC, des Services d'assurance RBC Inc., ainsi que de leurs réassureurs) à mener les enquêtes nécessaires, à recueillir des renseignements personnels me concernant auprès de tierces parties, y compris à recueillir tout renseignement personnel accessible en ligne, notamment dans les sites Web d'information, les médias sociaux, les répertoires d'entreprises et de membres de profession libérale, les registres publics et, au besoin, à informer toute tierce partie que j'ai présenté une demande de prestations à la compagnie , et/ou que j'ai présenté une demande de prestations au titre du régime autoassuré d'invalidité de courte durée de mon employeur, et à leur communiquer les renseignements pertinents à une telle demande de prestations. Il est entendu que la compagnie établira et gardera un dossier contenant des renseignements personnels à mon sujet. Il est également entendu que l'accès aux renseignements personnels me concernant sera limité aux employés de la compagnie et aux autres personnes engagées par la compagnie dans l'exercice de leurs fonctions, ou aux personnes à qui j'en aurai permis l'accès, par écrit, ou à toute autre personne ou organisme autorisés par la loi. J'ai lu et compris l'Avis de protection des renseignements personnels à l'échelle mondiale à l'adresse www.rbc.com/renspersecurite, et j'accepte de m'y conformer.

De plus, il est entendu que, sauf lorsque la compagnie a le droit de limiter mon accès aux renseignements personnels me concernant et qu'elle le fait légalement, je serai autorisé(e) à étudier les copies des documents contenant les renseignements personnels me concernant que la compagnie a en sa possession, sous réserve du paiement de frais de reproduction raisonnables. Il est également entendu que je pourrai demander à consulter ces documents et à signaler et faire corriger toute erreur contenue dans ces renseignements personnels, en présentant par écrit à la compagnie une demande à cet effet, adressée à l'employé chargé du traitement de ma demande de prestations.

Si je choisis d'utiliser, ou demande à la compagnie d'utiliser, des moyens de communication électroniques qui ne sont pas chiffrés, notamment toute communication par télécopieur ou par courriel, il est entendu que i) la sécurité, la protection et la confidentialité de l'information ne peuvent être assurées, ii) un tel moyen de communication n'est pas fiable et le message pourrait ne pas parvenir au destinataire à temps, voire pas du tout, iii) un tel message est susceptible d'être intercepté, perdu ou altéré ; et iv) j'assume l'entière responsabilité des risques liés à ces moyens de communication et la compagnie ne pourra être tenue responsable de ces moyens de communication de quelque manière que ce soit, notamment de tout accès non autorisé, de toute interception, de toute perte ou de toute altération.

Votre autorisation de divulguer des renseignements personnels

J'autorise les personnes, les institutions et les organisations énumérées ci-dessous à divulguer et à fournir à la compagnie tout renseignement, dossier ou autre donnée me concernant ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux, mon revenu passé et actuel, mon emploi, mes études ou ma formation qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité et je les charge de le faire.

Personnes à qui la présente autorisation s'applique : Tout médecin, infirmier, conseiller, psychologue, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de la réadaptation ou de la santé ; tout hôpital, toute clinique ou pharmacie, ou tout autre établissement médical ou fournisseur de soins de santé ou de traitements ; le régime d'assurance-maladie provincial, toute compagnie d'assurances ou autre institution financière ou tout courtier ou responsable d'assurances ; mon employeur ou ancien employeur et tout mandataire exécutant pour eux des services liés aux avantages sociaux des employés ou à l'indemnisation des accidents du travail ; tout ministère ou tout organisme du gouvernement fédéral ou provincial, y compris la CAT et la CSST, les responsables des prestations d'invalidité et de retraite du RRQ/RPC et les autorités chargées de l'impôt fédéral et provincial sur le revenu ; toute autre personne, agence, agence d'évaluation du crédit ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux, mon revenu passé et actuel, mon emploi, mes études ou ma formation.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée que la compagnie reçoit en vertu de la présente autorisation, qu'il s'agisse de renseignements médicaux ou non, sera utilisé pour établir ma couverture au titre de la police, évaluer mon droit à indemnisation et ma capacité de reprendre le travail, coordonner mon retour au travail ou administrer les polices d'assurance invalidité individuelles ou collectives (notamment les polices d'assurance vie, d'assurance décès et mutilation accidentels et d'assurance invalidité) offertes par mon employeur par l'entremise de la compagnie ou d'un autre assureur, dans le but de fournir régulièrement à mon employeur de l'information concernant l'état de la demande, recouvrer tout trop-perçu, s'il y a lieu, ou respecter ses obligations légales (ou celles de RBC Groupe Financier) sur les obligations ou investigations concernant les vérifications, la lutte anti-blanchiment, le financement du terrorisme, la détection, la prévention ou la suppression de la fraude et autres activités criminelles. Dans la mesure raisonnable et nécessaire à ces fins, j'autorise la compagnie à divulguer n'importe lequel desdits renseignements, dossiers et données à d'autres compagnies d'assurances ou à tout réassureur, à mon employeur et à ses courtiers d'assurances, à ses conseillers ou aux administrateurs de son régime d'assurances collectives, à mes médecins ou fournisseurs de soins de santé, ou à toute autre personne ou entreprise (y compris les médecins, professionnels de la santé, employés en réadaptation, conseillers en rééducation professionnelle) employée ou embauchée par la compagnie.

J'autorise également la compagnie à recueillir, utiliser ou communiquer, au besoin, mes renseignements personnels pour toute demande de prestations antérieure ou ultérieure.

J'autorise également la compagnie à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins des déclarations fiscales, aux fins requises par le RRQ/RPC, aux fins d'identification de mon dossier d'assurance lorsque le titulaire d'une police d'assurance ILD/ESG collective l'exige, ainsi que pour obtenir des renseignements auprès des autorités fiscales fédérales et provinciales.

La présente autorisation n'a pas de date d'expiration. Elle demeure valide tant que je reçois des prestations ou des services de la compagnie et tant que la compagnie, et/ou du régime autoassuré d'invalidité de courte durée de mon employeur, fait valoir ses droits de subrogation ou procède au recouvrement de tout trop-perçu, s'il y a lieu, que les prestations soient versées ou non, ou que l'une ou l'autre des parties considère qu'il y a eu rupture de contrat. Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, a la même valeur que l'original.

X _____ Date _____
Signature du client (JJ/MM/AAAA)

_____ Numéro d'assurance sociale : ☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐
Nom du client

X _____ Date _____
Signature du témoin (JJ/MM/AAAA)

_____
Nom du témoin

Envoyer la formule dûment remplie et les documents par courriel à nos bureaux : 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

COLLECTE, UTILISATION ET COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Collecte de vos renseignements personnels

Nous (la Compagnie d'assurance vie RBC) pouvons, à l'occasion, recueillir des renseignements à votre sujet, tels que :

- des renseignements permettant d'établir votre identité (par exemple, nom, adresse postale, numéro de téléphone et date de naissance) et vos antécédents personnels ;
- des renseignements découlant de votre relation avec nous ;
- des renseignements que vous nous communiquez au cours du processus de proposition et de règlement pour n'importe lequel de nos produits ou services d'assurance ;
- des renseignements nécessaires à la fourniture de produits ou à la prestation de services d'assurance.

Nous pouvons recueillir ces renseignements auprès de vous directement ou par l'intermédiaire de représentants. Nous pouvons également recueillir ces renseignements auprès de tierces parties, y compris à recueillir tout renseignement personnel accessible en ligne, notamment dans les sites Web d'information, les médias sociaux, les répertoires d'entreprises et de membres de profession libérale, les registres publics, et diverses ressources. Nous pouvons recueillir et vérifier ces renseignements tout au long de notre relation. Nous pouvons les recueillir de diverses sources, notamment des hôpitaux, des médecins et autres professionnels de la santé, de MIB, LLC du gouvernement (incluant les régimes d'assurance maladie gouvernementaux) et d'autres organismes gouvernementaux, d'autres compagnies d'assurance, d'institutions financières, des rapports sur le dossier du conducteur et de votre employeur.

Utilisation de vos renseignements personnels

Ces renseignements peuvent être utilisés à l'occasion aux fins suivantes :

- vérifier votre identité et examiner vos antécédents personnels ;
- établir et renouveler les produits et services d'assurance que vous pourriez demander ;
- évaluer le risque d'assurance et traiter les demandes de règlement ;
- mieux comprendre votre situation sur le plan de l'assurance ;
- déterminer votre admissibilité aux produits et services d'assurance que nous offrons ;
- nous aider à mieux comprendre les besoins actuels et futurs de nos clients ;
- vous communiquer tout avantage, toute caractéristique et toute information au sujet des produits et services d'assurance que vous détenez chez nous ;
- nous aider à mieux gérer nos affaires et notre relation avec vous ;
- comme la loi l'exige ou le permet ;
- les renseignements sur la demande de règlement peuvent être communiqués au conseiller en assurance de la personne décédée et à toute agence d'assurance qui emploie le conseiller ou qui l'a nommé comme son agent.

À ces fins, nous pouvons rendre ces renseignements accessibles à nos employés, mandataires, prestataires de services, ou tierces parties qui sont tenus d'en assurer la confidentialité. Il nous arrive aussi de transmettre ces renseignements à votre employeur si vous avez souscrit une police d'assurance collective, au cas où ils s'avéreraient nécessaires pour les services que nous vous procurons. Nous ne communiquons pas à votre employeur les renseignements pertinents à votre état de santé sans votre consentement.

Si notre prestataire de service se trouve à l'extérieur du Canada, il est lié par les lois du territoire où il est situé, et les renseignements peuvent être communiqués, conformément à ces lois. Les tierces parties peuvent être d'autres compagnies d'assurance, MIB, LLC et des institutions financières.

Vos renseignements personnels peuvent être transmis par des territoires autres que celui où vous vous trouvez ou peuvent y être stockés ou traités, auquel cas les renseignements sont assujettis aux lois de ces territoires. Si vos renseignements personnels sont transférés vers un pays ou une province autre que votre territoire d'origine, nous prendrons les mesures nécessaires pour protéger vos renseignements personnels au moyen de clauses contractuelles appropriées ou de toute autre mesure de sécurité applicable.

Nous pouvons aussi utiliser ces renseignements et les communiquer aux sociétés de RBC® (i) pour gérer nos risques et nos activités et ceux d'autres sociétés de RBC et (ii) pour nous conformer aux demandes d'information valables vous concernant en provenance des autorités de contrôle, des organismes de l'État, des organismes publics ou d'autres entités habilitées à soumettre de telles demandes.

Si vous détenez un produit qui génère un revenu, nous pouvons communiquer votre numéro d'identification aux fins de l'impôt (ex. : votre numéro d'assurance sociale ou numéro de sécurité sociale) aux agences gouvernementales concernées.

Nous pouvons également prendre des décisions à votre sujet par traitement automatisé, y compris pour ce qui a trait à la tarification et à l'évaluation des demandes de règlement, le cas échéant.

Votre droit d'accès à vos renseignements personnels

Vous pouvez, en tout temps, accéder aux renseignements personnels que nous détenons à votre sujet, en vérifier l'exactitude et les faire rectifier au besoin. Ce droit d'accès peut toutefois être restreint comme la loi le permet ou l'exige. Vous pouvez communiquer avec nous à l'adresse ci-dessous pour accéder à ces renseignements, pour en apprendre davantage sur l'utilisation du traitement automatisé ou pour nous poser des questions sur nos politiques de protection des renseignements personnels :

Compagnie d'assurance vie RBC
Case postale 515, succursale A, Mississauga (Ontario) L5A 4M3
Téléphone : 1 800 663-0417 Télécopieur : 905 813-4816

Avis de protection des renseignements personnels

La collecte, l'utilisation ou la communication de vos renseignements personnels se fera conformément au contenu des sections Avis de protection des renseignements personnels à l'échelle mondiale et Modes de prestation numériques - Confidentialité (voir www.rbc.com/rensperssecurite), qui font partie intégrante des présentes conditions.

® / MC Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada, utilisée(s) sous licence.