

Cette proposition porte sur la couverture Maladie. Pour souscrire la couverture Maladie, il faut également avoir demandé la couverture Blessure ou celle-ci doit être déjà en vigueur.

Si vous demandez d'ajouter la couverture Maladie à une police existante avec la couverture Blessure, veuillez fournir le numéro de cette 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.

2. QUESTIONS DE PRÉ-ADMISSIBILITÉ

A) Avez-vous déjà consulté un médecin, reçu des conseils médicaux ou été traité pour ce qui suit : crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, toute maladie ou tout trouble du cœur, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, emphysème, lupus, cirrhose hépatique, pancréatite alcoolique, toute maladie ou tout trouble du système immunitaire, paralysie, toute maladie ou tout trouble du cerveau ou du système nerveux, infirmité motrice cérébrale, maladie de Lou Gehrig [sclérose latérale amyotrophique (SLA)], chorée de Huntington, dystrophie musculaire, maladie d'Alzheimer, maladie polykystique des reins, fibrose kystique, schizophrénie, SIDA ou autres maladies liées au SIDA; ou avez-vous déjà eu des résultats positifs à un test de dépistage des anticorps du VIH ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, la couverture maladie n'est pas offerte.

B) Taille cm ☐ pi / po ☐ Poids kg ☐ lb ☐

Si votre taille et votre poids sont inférieurs aux minima ou supérieurs aux maxima énoncés dans le Charte staturopondérale pour la Série Fondamentale, la couverture Maladie n'est pas offerte.

3. QUESTIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE MODE DE VIE

Quand vous répondrez à ces questions, veuillez NE PAS FOURNIR d'information 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 le ADN, ARN ou les chromosomes. Veuillez fournir l'information au sujet de tous les autres examens médicaux.

A) Veuillez donner le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre médecin personnel ou votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituels. S'il n'y en a pas, inscrivez « Aucun ».

B) Date et raison pour laquelle vous avez consulté la dernière fois un médecin ou un fournisseur de soins de santé, quel qu'il soit. Veuillez indiquer le nom du fournisseur et décrire les résultats.

3. QUESTIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE MODE DE VIE (continué)

Avez-vous déjà reçu des soins ou des conseils médicaux, ou été suivi pour les troubles ci-après, ou encore, ceux-ci ont-ils été diagnostiqués ou en avez-vous présenté les symptômes :

- C) Toute maladie ou tout trouble des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge (y compris la perte de la parole) ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- D) Douleur thoracique, angine de poitrine, pouls irrégulier, souffle au coeur, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, ou autre trouble ou maladie du coeur ou du système circulatoire ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- E) Diabète, glycémie élevée, présence de sang ou de sucre dans les urines, affection thyroïdienne, ou toute maladie ou tout trouble des reins, de la vessie, ou des voies urinaires ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- F) Syncope, étourdissement, perte de conscience, crises épileptiques, accident ischémique transitoire (AIT), épilepsie, céphalées chroniques, migraines, faiblesse musculaire, engourdissement ou picotement des membres ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- G) Cancer, tumeur, kyste, lésion, bosse, nodule, polype, tout trouble des glandes lymphatiques, ou autre forme d'affection maligne ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- H) Ulcère, saignement interne, colite, toute maladie ou tout trouble du système digestif y compris de l'oesophage, de l'estomac, du pancréas, du colon, des intestins, du foie ou de la vésicule biliaire, ou avez-vous eu un résultat positif au test de dépistage du virus de l'hépatite ou vous a-t-on dit que vous étiez porteur de ce virus ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- I) Troubles du cou, du dos, de la colonne vertébrale ou des disques, y compris tours de reins, entorses, sciatiques ou autres affections ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- J) Toute maladie ou tout trouble du genou, de la cheville, du pied, de la hanche, la main, du poignet, du coude, de l'épaule ou des articulations, notamment une amputation ou des malformations ? Si oui, quelle(s) articulation(s) ?
Droit ☐ Gauche ☐ Les deux ☐ Oui ☐ Non ☐

Précisez

- K) Toute forme d'arthrite, ostéoporose, ou toute maladie ou tout trouble des muscles ou des os ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- L) Asthme, emphysème, toux persistante ou chronique, essoufflement, tuberculose, apnée du sommeil ou autre trouble du sommeil, ou toute maladie ou tout trouble de la poitrine ou des poumons ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- M) Toute maladie ou tout trouble des organes génitaux ou reproducteurs, des seins ou de la prostate ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

3. QUESTIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE MODE DE VIE (continué)

N) Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale, en observation, en traitement, en thérapie ou en counseling, ou prenez-vous encore des médicaments ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

O) Votre père ou votre mère biologique, ou encore l'un de vos frères ou sœurs biologiques, qu'ils soient vivants ou morts, ont-ils ou avaient-ils des antécédents de maladie du cœur, maladie polykystique des reins, accident vasculaire cérébral, diabète, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Huntington, maladie de Parkinson, maladie du motoneurone ou quelque forme de maladie héréditaire ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, remplir le tableau ci-dessous.

Maladie	Mère	Âge au début de la maladie	Père	Âge au début de la maladie	Sœur	Âge au début de la maladie	Frère	Âge au début de la maladie
	☐		☐		☐		☐	
	☐		☐		☐		☐	
	☐		☐		☐		☐	
	☐		☐		☐		☐	

Au cours des cinq dernières années

P) Vous a-t-on conseillé ou traité pour la consommation ou l'abus d'alcool ou de drogues (sur ordonnance ou non), ou avez-vous été déclaré coupable d'une infraction criminelle ou des accusations sont-elles actuellement en instance contre vous ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

Q) Avez-vous été avisé de subir une épreuve diagnostique, ou de subir une intervention chirurgicale, sans y donner suite ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

R) Avez-vous eu une maladie ou une blessure qui a entraîné une absence du travail de plus de 10 jours consécutifs ? ... Oui ☐ Non ☐

Précisez

Au besoin, veuillez fournir ci-dessous des précisions supplémentaires relativement à toute question de la Partie 3 à laquelle vous avez répondu Oui.

Numéro de la question	Affections, symptômes, durée, résultats et traitement	Date du début	Nom du fournisseur de soins de santé	Date de rétablissement

4. COUVERTURE MALADIE DEMANDÉE

Perte de revenu – Maladie

Période d'indemnisation : 2 ans ☐ 5 ans ☐ Jusqu'à 70 ans ☐ (Ne peut dépasser la période d'indemnisation de la couverture Blessure)
Délai de carence : 30 jours ☐ 90 jours ☐ 120 jours ☐ (Ne peut être plus court que le délai de carence de la couverture Blessure)
Prestation mensuelle demandée (ne peut dépasser le montant de la prestation de la couverture Blessure) \$
La couverture est offerte par tranches de 100 \$, un minimum de 500 \$ par mois étant exigé.

Frais généraux d'entreprise – Maladie

Prestation mensuelle demandée (ne peut dépasser le montant de la prestation de la couverture Blessure) \$
La couverture est offerte par tranches de 100 \$, un minimum de 500 \$ par mois étant exigé.
La période d'indemnisation de la couverture maladie FGE – est de 12 mois et le délai de carence est de 30 jours.

5. 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) La couverture Maladie entrera en vigueur à la date de l'anniversaire mensuel qui suit la date d'approbation par la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Assurances) de la proposition pour la couverture Maladie, compte tenu de la date d'effet de la couverture Blessure, à condition que :
- 1) Le prélèvement suivant de la nouvelle prime par débit préautorisé soit honoré sur présentation par RBC Assurances ; et
 - 2) Toutes les conditions pour que la police puisse vous être délivrée sont remplies, y compris mais sans s'y limiter, la réception et l'acceptation de toutes les modifications, annexes et exclusions requises pour la police, signées par vous dans le délai imparti par RBC Assurances ; et
 - 3) Aucun changement n'est intervenu dans votre assurabilité entre la date à laquelle vous avez signé cette proposition pour la couverture Maladie et la date à laquelle vous recevez les conditions particulières à jour de votre police. Si à la date à laquelle je reçois les conditions particulières à jour de ma police, je devais donner des réponses différentes aux questions de cette proposition, de toute entrevue téléphonique, de tout autre questionnaire ou de tout examen paramédical (s'il y a lieu), j'en informerais immédiatement RBC Assurances par écrit.
- B) Je confirme que j'ai examiné toutes les réponses fournies dans ma proposition pour la couverture Blessure et lorsque des renseignements étaient différents, j'ai informé par écrit RBC Assurances de ces changements en les annexant à ma proposition d'assurance Maladie. Si je n'ai informé RBC Assurances par écrit d'aucun renseignement à mettre à jour, je certifie que tous les renseignements et toutes les réponses que j'ai fournis dans ma proposition pour la couverture Blessure sont complètes et véridiques.
- C) J'ai lu et compris l'« Avis concernant le MIB, LLC » et j'accepte ses conditions.
- D) Si le paiement est effectué par débit préautorisé, RBC Assurances n'est pas tenue de m'avertir avant de procéder au prélèvement de la nouvelle prime.
- E) RBC Assurances a le droit d'annuler ma police advenant une fausse déclaration ou la non-divulcation de renseignements importants dans toute partie de la proposition pour la couverture Maladie.
- F) 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 1) modifier les conditions de cette proposition ou de toute police établie, ou 2) renoncer à un droit ou à une exigence de RBC Assurances.
- G) La responsabilité de RBC Assurances n'est pas engagée dans le cas d'une demande de prestations au titre de la couverture Maladie, lorsque la maladie a débuté avant la date d'effet de la couverture Perte de revenu – Maladie. Sans égard au versement d'un acompte sur la prime, je ne bénéficie d'aucune note de couverture au titre de la couverture Maladie.
- H) 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.

La présente proposition, et tout entretien téléphonique, supplément à la proposition et/ou questionnaire feront partie intégrante de tout contrat d'assurance établi. Ce contrat sera établi en toute bonne foi, en fonction des déclarations contenues dans la présente proposition, et dans tout entretien téléphonique, supplément à la proposition et/ou questionnaire. Je suis responsable de l'exactitude des déclarations. Avant de signer, j'ai vérifié si toutes les réponses étaient exactes et complètes et j'ai apposé mes initiales en regard de tout changement apporté à ces réponses. Une réponse inexacte à toute question peut avoir des conséquences sur mon admissibilité à l'assurance et/ou sur mon droit à indemnisation.

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 couvrant les blessures n'est pas l'assuré, la présente proposition pour une couverture Maladie doit être signée par ce titulaire)

Nota : La propriété de la police couvrant les blessures s'étend à la couverture Maladie ajoutée.

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).

AUTORISATION

J'autorise la compagnie (Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs) à mener les enquêtes nécessaires et à recueillir des renseignements personnels me concernant. Il est entendu que la compagnie créera et maintiendra des dossiers contenant des renseignements personnels qui me concernent. Il est entendu également que l'accès à mes renseignements personnels sera limité aux employés de la compagnie, et aux autres personnes embauchées 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 autorisée par la loi. 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 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 une demande à cet effet à la Compagnie. J'autorise les personnes, les institutions et les organismes énumérés ci-dessous à divulguer et à fournir à la compagnie tout renseignement, dossier ou autres données me concernant ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux, mon revenu ou mon emploi passé et actuel, pertinents pour l'étude de la présente proposition, qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité et leur demande de le faire.

Personnes à qui la présente autorisation s'applique : Tout médecin autorisé, infirmier, conseiller, psychologue, travailleur social, thérapeute, 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'assurance ou de réassurance ou toute autre institution financière ; mon employeur ou mes anciens employeurs et tout ministère ou organisme fédéral ou provincial, y compris les autorités fiscales fédérales et provinciales et les bureaux du ministère du Transport provincial ; le MIB, LLC ; ainsi que toute autre personne, agence, agence d'évaluation du crédit ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant. Cette autorisation visant à obtenir des renseignements reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Si vous choisissez de révoquer la présente autorisation d'obtenir des renseignements, RBC Assurances pourrait mettre fin au processus de tarification et/ou résilier la police, si une police a été établie.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçus par la compagnie en vertu de la présente autorisation, qu'il s'agisse de renseignements médicaux ou non, sera utilisé aux fins de l'évaluation du risque à assurer, de l'évaluation des demandes de règlement, de la vérification de la validité de la police telle qu'elle a été établie ainsi que de la livraison de la police. Dans la mesure raisonnable et nécessaire à ces fins, j'autorise la compagnie à communiquer lesdits renseignements, dossiers ou données reçus au MIB, LLC, à d'autres compagnies d'assurance ou à tout autre réassureur ainsi qu'à mon représentant de service, notamment mon conseiller ou courtier en assurance. Cette autorisation de communiquer des renseignements dans la mesure raisonnable et nécessaire reste valide à moins que je ne la révoque par écrit.

J'autorise la compagnie à communiquer à mon représentant de service tout renseignement important concernant mes antécédents médicaux et personnels uniquement dans le but d'expliquer toute décision se rapportant à la tarification. Les renseignements ainsi communiqués pourraient comprendre des antécédents de maladie mentale, de maladie infectieuse, de consommation de drogue et d'alcool, des dossiers relatifs à une activité criminelle ou tout autre fait qui aurait une incidence importante sur la décision de la compagnie de m'assurer. La présente autorisation de divulgation des renseignements à cette fin reste valide pendant 60 jours à partir de la plus éloignée des dates suivantes : la date à laquelle la compagnie établit une nouvelle police ou modifie une police existante et la date à laquelle la compagnie m'avise par écrit que ma demande a été refusée, retirée ou jugée comme incomplète.

La personne à assurer n'accepte pas la divulgation des renseignements médicaux et personnels au représentant de service : ☐

J'autorise également la compagnie à divulguer à mon professionnel de la santé tout renseignement d'ordre médical recueilli pour cette proposition d'assurance, y compris les résultats de test sanguin, d'analyse d'urines ou des tests de dépistage de drogue dans l'urine en vue de lui révéler toute constatation médicale pouvant nécessiter une investigation ou un traitement plus poussés ou en vue de lui expliquer toute décision de tarification. La présente autorisation de divulgation des renseignements médicaux reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, a la même valeur que l'original. Elle sera déclarée nulle et sans effet si elle est modifiée de quelque façon que ce soit.

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

Signature de la personne à assurer

Partie à détacher et à remettre à la personne à assurer

Avis concernant le MIB, LLC

Les renseignements relatifs à votre assurabilité et à vos réclamations seront traités de façon confidentielle. La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) ou ses réassureurs peuvent toutefois soumettre un rapport sommaire au MIB, LLC, organisme à but non lucratif chargé d'échanger des renseignements pour les compagnies qui en sont membres. Si vous présentez une demande d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement à une compagnie membre, le MIB fournira à celle-ci, sur demande, les renseignements inscrits au dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez demander à MIB de les rectifier.

Si vous lui en faites la demande, le MIB prendra les dispositions nécessaires pour vous communiquer les renseignements contenus dans votre dossier. Veuillez écrire au MIB par courriel à Canadadisclosure@mib.com, en appelant le 1-866-692-6901 ou en écrivant à :

MIB, LLC,
50 Braintree Hill Park, Suite 400,
Braintree, MA
USA, 02184- 8734
Téléphone : 1-866-692-6901
Site Web : www.mib.com

RBC Vie, ou ses réassureurs, peuvent aussi communiquer les renseignements figurant à votre dossier à d'autres compagnies d'assurance auprès desquelles vous pourriez présenter une proposition d'assurance vie ou maladie, ou encore soumettre une demande de règlement.

Entretien sur les antécédents personnels (EAP)

Dans le cadre du processus de tarification, vous pourriez devoir répondre à un entretien téléphonique. Cet entretien sur les antécédents personnels (EAP) est mené par des interviewers spécialement formés. L'entretien prendra de 10 à 15 minutes.

Les questions que vous posera l'interviewer permettront de préciser les renseignements que vous aurez indiqués sur votre proposition. Ces questions ont trait aux aspects personnel, financier et médical de l'assurabilité. Nous utilisons également l'EAP dans le but de recueillir les réponses omises, ou pour des réponses dont les explications sont insuffisantes.

Toute information recueillie au cours de l'EAP restera strictement confidentielle et ne pourra être divulguée à quiconque sans votre consentement écrit.

Votre collaboration nous permettra de pouvoir vous offrir le meilleur service de tarification possible.

Compagnie d'assurance vie RBC
6880 Financial Drive, Tower 1
Mississauga (Ontario) L5N 7Y5

Cette page est laissée en blanc intentionnellement

RAPPORT DU CONSEILLER

1. Exigé seulement si la proposition pour la couverture Maladie n'est pas présentée en même temps que la proposition pour la couverture Blessure. Si vous présentez une proposition pour la couverture Blessure en même temps que cette proposition pour la couverture Maladie, vous pouvez laisser cette partie vide, à condition que vous ayez rempli le rapport du conseiller de la proposition Perte de Revenu – Blessure.

2. Déclaration du conseiller :

J'ai expliqué clairement à la personne à assurer les dispositions et limitations de la couverture Maladie demandée. J'ai posé distinctement toutes les questions indiquées dans la proposition ou la personne à assurer les a 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 de la personne à assurer n'a, pour autant que je sache, été passé sous silence dans la proposition. Si la couverture Maladie est établie, je délivrerai les nouvelles conditions particulières de la police seulement après avoir obtenu confirmation que toutes les conditions requises pour la livraison ont été remplies et qu'aucun changement n'est intervenu dans l'assurabilité de la personne à assurer. Il est entendu que je ne suis pas habilité à modifier la proposition ou les dispositions de la couverture Maladie, 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 :

COLLECTE ET UTILISATION 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, date de naissance, etc.) 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 ; et
- 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 nos représentants. 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, du 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 ; et
- comme la loi l'exige ou le permet.

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.

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, le 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, (ii) pour nous conformer aux demandes d'information valables vous concernant en provenance des autorités de contrôle, des organismes gouvernementaux, des organismes publics ou d'autres entités habilitées à soumettre de telles demandes, et (iii) pour faire connaître à d'autres sociétés de RBC vos choix au titre de la section « *Autres utilisations de vos renseignements personnels* » dans le seul but de les faire respecter.

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.

Le paragraphe ci-dessous ne s'applique pas si la proposition est présentée par un représentant indépendant ou un représentant affilié à une autre compagnie que RBC Assurances®.

Autres utilisations de vos renseignements personnels

Nous pouvons utiliser ces renseignements pour faire, auprès de vous, la promotion de nos produits et services, ainsi que ceux de tiers choisis et susceptibles de vous intéresser. Nous pouvons communiquer avec vous par divers modes de communication, notamment le téléphone, l'ordinateur ou la poste, en utilisant les coordonnées que vous nous avez transmises.

Nous pouvons également, lorsque la loi le permet, divulguer vos renseignements à d'autres sociétés de RBC, afin de vous recommander à elles ou de promouvoir les produits et services qui sont susceptibles de vous intéresser. Nous et les sociétés de RBC pouvons communiquer avec vous par divers modes de communication, notamment le téléphone, l'ordinateur ou la poste, en utilisant les coordonnées que vous nous avez transmises. Vous convenez que, si un tel échange de renseignements survient, ces sociétés peuvent nous informer des produits ou services fournis.

Si vous faites aussi affaire avec d'autres sociétés de RBC, nous pouvons, si la loi le permet, combiner ces renseignements à des renseignements que ces sociétés détiennent à votre sujet, afin de nous permettre, à nous ou à n'importe laquelle d'entre elles, de gérer votre relation avec les sociétés de RBC et avec nous.

Il est entendu que nous et chaque société de RBC sommes des entités distinctes, mais affiliées. On entend par sociétés de RBC nos sociétés affiliées dont l'activité consiste à offrir un ou plusieurs des services suivants : dépôts, prêts et autres services financiers personnels, services de cartes de crédit, de débit ou de paiement, services de fiducie et de garde des valeurs, services liés aux valeurs mobilières, services de courtage et services d'assurance.

Vous pouvez nous demander de ne pas échanger ni utiliser ces renseignements personnels aux fins décrites au paragraphe « Autres utilisations de vos renseignements personnels » en communiquant avec nous de la manière indiquée ci-dessous. Dans un tel cas, vous ne vous verrez pas refuser des produits ou services d'assurance pour cette seule raison. Cependant, nous n'utiliserons pas vos renseignements médicaux à ces fins. Nous respecterons vos choix et, comme il est mentionné ci-dessus, nous pourrions communiquer vos choix aux sociétés de RBC dans le seul but de faire respecter vos choix en vertu de la section « Autres utilisations de vos renseignements personnels ».

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. Pour accéder à ces renseignements, pour en apprendre davantage sur l'utilisation du traitement automatisé, pour nous poser des questions sur nos politiques de protection des renseignements personnels ou pour nous demander de ne pas utiliser ces renseignements aux fins décrites dans le paragraphe « Autres utilisations de vos renseignements personnels », il vous suffit de communiquer avec nous à l'adresse suivante:

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.