



Proposition d'assurance invalidité et/ou maladies graves

Utiliser la présente proposition pour tous les
produits d'assurance invalidité et maladies graves,
sauf pour la Série Fondamentale®



Assurances

EXIGENCES D'ORDRE FINANCIER POUR TOUS LES PROPOSANTS

(Aucun document financier nécessaire pour une demande d'assurance maladie grave; cependant, le département de tarification se réserve le droit de demander des exigences d'ordre financier selon les particularités du dossier.)

Entreprise/situation d'emploi	Montant demandé et en vigueur de 1 500 \$ ou moins	Montant demandé et en vigueur de plus de 1 500 \$ et moins de 10 000 \$	Montant demandé et en vigueur de 10 000 \$ ou plus
Si le proposant est : Employé, sans participation dans l'entreprise	Joindre à la proposition : Aucun document financier nécessaire	Joindre à la proposition : Aucun document financier nécessaire	Joindre à la proposition : T4 et T1*
Employé déclarant des déductions pour dépenses professionnelles ou employé à commission déclarant des déductions professionnelles	Aucun document financier nécessaire	T1*	T4 et T1*
Propriétaire/actionnaire d'une société juridiquement constituée	Aucun document financier nécessaire	T1* + Income Statement of business	T4 et T1* et états financiers complets de l'entreprise**
Propriétaire/actionnaire d'une société juridiquement constituée	Aucun document financier nécessaire	T1*	T1* et T2125***
Membre d'une profession libérale, propriétaire ou associé d'une entreprise non constitué en société	Aucun document financier nécessaire <u>Exception:</u> Si vous demandez les Limites de souscription particulières aux agriculteurs, une preuve de revenu (voir colonne à la droite) est exigée.	T1* et bilan, état des résultats et annexe 8 (Déduction pour amortissement) des derniers états financiers de la société ; et T2 annexe 1 (Revenu net (perte nette) aux fins de l'impôt sur le revenu) de la plus récente déclaration T2 Déclaration de revenus des sociétés.	
Agriculteur constitué en société	Aucun document financier nécessaire <u>Exception:</u> Si vous demandez les Limites de souscription particulières aux agriculteurs, une preuve de revenu (voir colonne à la droite) est exigée.	T1* et toutes les pages de la déclaration T2042 (État des résultats des activités d'une entreprise agricole) ; ou T1* et déclaration T1163 (État A) et formulaire T1175 (Agriculture – Calcul de la déduction pour amortissement).	

Cadres supérieurs 4A – 3 personnes ou plus dans le cadre d'une protection multiple	Tous les montants
Si le proposant est : Employé, ne détient aucune part de l'entreprise	Joindre à la proposition : État nominatif ou lettre sur du papier à en-tête de l'entreprise, signé et daté par le signataire autorisé de l'entreprise, qui indique son titre. Le document doit comprendre une description détaillée des salaires, des bonis et des autres formes de rémunération de tous les proposant pour les deux dernières années. Si l'original du document n'est pas disponible ou n'est pas soumis, l'état nominatif peut être transmis par courriel par le signataire autorisé de l'entreprise, non par le conseiller ou le proposant.
Propriétaire d'entreprise/actionnaire	Même exigence que pour « Employé, ne détient aucune part de l'entreprise » plus états financiers complets de l'entreprise*** pour le dernier exercice complet.

Assurance rachat en cas d'invalidité – Structure de l'entreprise	Tous les montants
Si le proposant est : Propriétaire/actionnaire d'une société juridiquement constituée	Joindre à la proposition : T1* ou T4 et états financiers complets de l'entreprise*** des deux dernières années
Membre d'une profession libérale, propriétaire ou associé d'une entreprise non constitué en société	T1* et états financiers complets de l'entreprise*** des deux dernières années

Assurance frais généraux d'entreprise*	Tous les montants
Tous les proposant	Joindre à la proposition : Supplément à l'assurance frais généraux d'entreprise. Aucun document financier nécessaire.

Assurance protection prêt commercial*	Tous les montants
Tous les proposant	Joindre à la proposition : Supplément - Protection prêt commercial. Aucun document financier nécessaire.

* T1 signifie toutes les pages jusqu'à la ligne 26000 inclusivement de la plus récente Déclaration de revenus – T1 générale fédérale.

** État des résultats des activités d'une entreprise ou d'une profession libérale

*** Les états financiers de l'entreprise comprennent l'état des résultats (profits et pertes), le bilan et les notes complémentaires du dernier exercice financier complet.

* Il n'y a pas d'exigences financières particulières en ce qui concerne les propositions d'assurance frais généraux d'entreprise, à condition que les documents financiers ne soient pas exigés pour tout autre type d'assurance souscrit en même temps. La preuve de revenu et des dépenses est exigée au moment de présenter une demande de règlement.

* Il n'y a pas d'exigences financières particulières en ce qui concerne les propositions d'assurance Protection prêt commercial, à condition que les documents financiers ne soient pas exigés pour tout autre type d'assurance souscrit en même temps. La preuve des prêts est exigée au moment de présenter une demande de règlement.

DÉTACHER ET REMETTRE À LA PERSONNE À ASSURER

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, 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.

DÉTACHER ET REMETTRE À LA PERSONNE À ASSURER

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 notre politique de protection des renseignements personnels ou pour nous demander de ne pas utiliser ces renseignements aux fins décrites au paragraphe « Autres utilisations de vos renseignements personnels », vous pouvez communiquer avec nous en tout temps, 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.

DÉTACHER ET REMETTRE À LA PERSONNE À ASSURER**FICHE D'INFORMATION À L'INTENTION DU CONSOMMATEUR – PRÉAVIS**

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 lucrative 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
<http://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)

La possibilité qu'il vous soit demandé de vous prêter à un entretien téléphonique fait partie du processus de sélection des risques. Cet entretien sur les antécédents personnels (EAP) est mené par des spécialistes. L'entretien prendra une vingtaine de minutes.

Les questions que pose l'intervieweur portent sur les renseignements figurant sur votre proposition d'assurance. Nous utilisons également le processus de l'EAP pour recueillir des informations qui peuvent avoir été omises ou seulement partiellement expliquées dans la proposition. Ces questions touchent les aspects personnels, financiers et médicaux de l'assurabilité et vous devez y répondre de manière véridique et complète. Les réponses contenues dans l'entretien sur les antécédents personnels ou dans le ou les questionnaires supplémentaires que vous aurez remplis lors d'un entretien téléphonique feront partie de votre proposition d'assurance et du contrat. En raison de la nature des renseignements obtenus, l'EAP n'aura lieu que directement avec vous.

Tous les renseignements recueillis au cours de l'entretien sont strictement confidentiels et ne pourront être transmis à quiconque sans votre consentement écrit.

Votre collaboration à ce sujet est grandement appréciée et nous aide à vous fournir des services de tarification de qualité.

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

PARTIE 1 (« Vous » et « Votre » s'entendent de la personne à assurer)

PERSONNE À ASSURER

1. Nom légal de la personne à assurer :

a. Nom

b. Prénom

c. Date de naissance : Jour Mois Année

d. Lieu de naissance : Pays

e. Sexe : H ☐ F ☐

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



Si non, veuillez-vous assurer qu'une déclaration d'entente soit signée par la personne à assurer et le titulaire proposant et soumis avec cette proposition.

g. Voulez-vous un contrat en anglais ? Oui ☐ Non ☐

h. Citoyen canadien ☐ Résident permanent ☐

Autre (préciser)

i. Vous résidez au Canada depuis ans

2. a. Adresse du domicile : Numéro

b. Rue

c. Ville

d. Province e. Code postal

f. Adresse électronique

g. Numéro de téléphone à domicile ()

Numéro de téléphone cellulaire ()

h. Avis d'échéance des primes à envoyer au :

Domicile ☐ Bureau ☐

►► Si les avis de primes doivent être envoyés à une personne autre que le titulaire/l'assuré, veuillez répondre à la **question 2 de la Partie 3.**

3. Si un complément d'information est requis, vous pouvez me joindre au numéro de téléphone suivant :

☐ Domicile

☐ Cellulaire

PROFESSION DE LA PERSONNE À ASSURER

4. a. Profession

b. Désignation professionnelle ou diplômes

c. Précisions sur les fonctions :

Travail de bureau %
temps consacré

Supervision %
au bureau temps consacré

Supervision %
sur le chantier temps consacré

Conduite de véhicule %
temps consacré

Autre %
temps consacré

Total = 100%

d. Nombre d'heures de travail par semaine

e. Pourcentage de ce nombre
d'heures de travail à la maison

Précisions sur les fonctions
« Travail manuel » et « Autre »

f. S'agit-il d'un emploi saisonnier ? Oui ☐ Non ☐

g. Si oui, nombre de semaines de travail par année

5. a. Avez-vous un autre emploi à temps partiel ou à temps plein ? Oui ☐ Non ☐

b. Si oui, précisez les fonctions exactes, le nombre d'heures travaillées et le revenu.

6. a. Nom de l'entreprise/employeur
- b. Adresse de l'entreprise/employeur – Bureau n° c. Rue
- d. Ville e. Province f. Code postal
- g. Numéro de téléphone ()
- h. Nature de l'entreprise de l'employeur
- i. Nombre d'années dans l'entreprise actuelle j. Nombre d'années dans une entreprise similaire
- k. Êtes-vous un représentant à la commission ? Oui ☐ Non ☐

►► **Si vous travaillez à votre compte, fournissez les précisions suivantes :**

- l. Depuis combien de temps travaillez-vous à votre compte ? (ans)
- m. Nombre d'employés à temps plein, hormis les propriétaires
- n. Genre d'entreprise : ☐ Entreprise individuelle ☐ Société de personnes ☐ Société de capitaux
- o. En cas de société légalement constituée, quel pourcentage d'actions ordinaires avec droit de vote détenez-vous ? %
- p. Partagez-vous votre revenu avec votre conjoint/vos enfants sous forme de salaire ou de frais de gestion aux fins de l'impôt sur le revenu ? Oui ☐ Non ☐
- q. Si oui, quel est le montant du fractionnement ? \$

ASSURANCE PROPOSÉE - INVALIDITÉ



Joindre une illustration à la proposition.

Si l'illustration a été signé par le client, il n'y a pas lieu de remplir cette section.

7. Sélectionnez le produit et la catégorie professionnelle :				8. Sélectionnez les garanties complémentaires demandées :			
☐ Série Professions ^{MC}	☐ 4A	☐ 3A	☐ 2A	☐ Option d'assurance additionnelle → Montant			
☐ Série Fondations ^{MC}	☐ 4A	☐ 3A	☐ 2A ☐ A ☐ B	☐ Invalidité partielle de courte durée → Nombre de mois			
☐ Série Avant-garde ^{MC}	☐ 4A	☐ 3A	☐ 2A ☐ A ☐ B	☐ Rajustement de vie chère			
☐ Quantum®	☐ 4A	☐ 3A	☐ 2A	☐ Définition élargie d'invalidité			
☐ Frais généraux d'entreprise	☐ 4A	☐ 3A	☐ 2A ☐ A	☐ Profession propre			
☐ Rachat en cas d'invalidité	☐ 4A	☐ 3A	☐ 2A	☐ Avenant des professionnels de la santé			
☐ Protection personne clé	☐ 4A	☐ 3A	☐ 2A	☐ Avenant soins de compassion familiale (conjoint(e) et les enfants)			
☐ Protection-Retraite	☐ 4A	☐ 3A	☐ 2A ☐ A ☐ B	Si la garantie ne figure pas ci-dessus, veuillez préciser :			
☐ Protection prêt commercial	☐ 4A	☐ 3A	☐ 2A ☐ A (indemnisation périodique)				

Nom du/des produits (de la liste ci-dessus)						
	DE BASE	IMC*	DE BASE	IMC*	DE BASE	IMC*
Indemnisation mensuelle	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Délai de carence						
Période d'indemnisation						

* Indemnisation Mensuelle Complémentaire

ASSURANCE DEMANDÉE (suite)

9. Cette proposition fait-elle partie d'un régime d'indemnités pour perte de salaire ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, remplissez une Modification au régime d'indemnités pour perte de salaire (p. 26).
10. a) Le Programme de réduction des primes pour étudiants est-il demandé ? Oui ☐ Non ☐
 b) Date prévue de l'obtention du diplôme
 c) Date de la première année de pratique
11. Réduction pour groupe important ☐ N° 5% ☐ 10% ☐ 15% ☐
12. Groupe établi ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, précisez le nom du groupe
13. Sélectionnez ou Risque groupé/Affectation au salaire/Maxi-rabais/Rabais Performeur ☐ N°
- Énumérez les participants à la page 33, dans la section réservée au rapport du conseiller.

ASSURANCE DEMANDÉE – MALADIES GRAVES

14.	Type de contrat	Montant de couverture	Garanties supplémentaires
☐	Temporaire, renouvelable jusqu'à l'âge de 75 ans (non-résiliable) ☐ 10 ans ☐ 15 ans ☐ 20 ans	\$	☐ Remboursement des primes au décès ☐ Remboursement des primes à l'échéance ☐ Remboursement des primes au rachat ☐ Option Âge atteint ☐ Exonération des primes en cas d'invalidité
☐	Primes uniformes jusqu'à l'âge de 75 ans (non-résiliable) ☐ Payable jusqu'à l'âge de 75 ans ☐ Payable pendant 15 ans ☐ Payable pendant 20 ans	\$	☐ Remboursement des primes au décès ☐ Remboursement des primes à l'échéance ☐ Remboursement des primes au rachat ☐ Option Années en vigueur ☐ Option Âge atteint ☐ Exonération des primes en cas d'invalidité
☐	Primes uniformes jusqu'à l'âge de 100 ans (non-résiliable) ☐ Payable jusqu'à l'âge de 100 ans ☐ Payable pendant 15 ans ☐ Payable pendant 20 ans	\$	☐ Remboursement des primes au décès ☐ Remboursement des primes au rachat ☐ Option Années en vigueur ☐ Option Âge atteint ☐ Exonération des primes en cas d'invalidité

Remarque: Vous ne pouvez pas avoir le **Remboursement des primes à l'échéance** et le **Remboursement des primes au rachat** sur la même police.

BUT DE L'ASSURANCE - MALADIES GRAVES

15. a. Personnel ☐ b. Commercial ☐
 Rachat de parts ☐
 Personne clé ☐
 Protection du prêt commercial ☐
 Autre ☐
 Veuillez préciser

ASSURANCE EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE

16. Avez-vous des couvertures individuelles d'assurance vie ou maladies graves ou des couvertures d'assurance invalidité individuelle, de groupe ou d'association en vigueur ou à l'étude, y compris auprès de RBC ? Oui ☐ Non ☐

Si Oui, veuillez compléter le tableau.

Compagnie d'assurance	Type de produit	Type d'assurance	Statut de la police	Détails de la couverture	Année d'établissement	La police indiquée doit être :
	☐ Vie ☐ MG ☐ AI	☐ Individuelle ☐ Groupe/Association ☐ Rachat de parts ☐ Protection prêt d'entreprise ou Frais généraux ☐ Personne clé	☐ En vigueur ☐ En Suspens	Montant \$ Al seulement: Période d'attente Période d'indemnité Imposable : Oui ☐ Non ☐		☐ Maintenue en vigueur ☐ Remplacée par la présente assurance
	☐ Vie ☐ MG ☐ AI	☐ Individuelle ☐ Groupe/Association ☐ Rachat de parts ☐ Protection prêt d'entreprise ou Frais généraux ☐ Personne clé	☐ En vigueur ☐ En Suspens	Montant \$ Al seulement: Période d'attente Période d'indemnité Imposable : Oui ☐ Non ☐		☐ Maintenue en vigueur ☐ Remplacée par la présente assurance
	☐ Vie ☐ MG ☐ AI	☐ Individuelle ☐ Groupe/Association ☐ Rachat de parts ☐ Protection prêt d'entreprise ou Frais généraux ☐ Personne clé	☐ En vigueur ☐ En Suspens	Montant \$ Al seulement: Période d'attente Période d'indemnité Imposable : Oui ☐ Non ☐		☐ Maintenue en vigueur ☐ Remplacée par la présente assurance
	☐ Vie ☐ MG ☐ AI	☐ Individuelle ☐ Groupe/Association ☐ Rachat de parts ☐ Protection prêt d'entreprise ou Frais généraux ☐ Personne clé	☐ En vigueur ☐ En Suspens	Montant \$ Al seulement: Période d'attente Période d'indemnité Imposable : Oui ☐ Non ☐		☐ Maintenue en vigueur ☐ Remplacée par la présente assurance

BÉNÉFICIAIRE - ASSURANCE INVALIDITÉ

- La désignation du bénéficiaire s'applique **seulement** aux polices en cas d'invalidité prévoyant la « Prestation de survie » et/ou l'avenant « Décès et mutilation accidentels ». **Ne pas remplir si vous demandez une assurance Protection prêt commercial, Rachat de parts ou Personne clé.**

17.

Bénéficiaire

En parts égales ou aux survivants (le cas échéant)

Lien

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Les désignations de bénéficiaire et de prestataire sont révocables sauf au Québec. Au Québec, si le conjoint auquel le titulaire est légalement marié est désigné comme prestataire, la désignation est irrévocable, à moins d'avoir été expressément désigné à titre révocable en cochant la case suivante. ☐ Révocable.

BÉNÉFICIAIRE OU PRESTATAIRE - MALADIES GRAVES

Les prestations aux termes de la police seront versées au titulaire de police ou, si ce dernier n'est pas vivant au moment où les prestations deviennent payables, à sa succession. Si le titulaire de police souhaite que les prestations soient versées à une autre personne, il peut soumettre le formulaire Changement de bénéficiaire/prestataire – Assurance maladies graves.

PROPRIÉTÉ DU CONTRAT

- À remplir si le titulaire n'est pas la personne à assurer. Cette partie doit être remplie dans le cas d'une assurance Rachat de parts ou Protection prêt commercial ou Personne clé en cas d'invalidité ou si le régime d'indemnités pour perte de salaire est sélectionné.

18. Adresse
 Écrire le nom légal du titulaire proposant

Adresse électronique

Lien avec la personne à assurer ?

À qui la correspondance doit-elle être adressée ?

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS (Se reporter aux exigences décrites à l'intérieur de la page couverture)

Votre revenu gagné net correspond à votre revenu diminué des frais professionnels ou d'entreprise, avant impôts sur le revenu des particuliers. N'ajoutez pas les autres sources de revenu telles que les prestations d'assurance-emploi, le revenu de retraite, les allocations familiales ou tout autre revenu qui ne sont pas tributaires de votre capacité de travailler. Veuillez **NE PAS** inclure les avantages accessoires (PERKS). Ils seront inclus dans les calculs faits à notre bureau si la personne à assurer y a droit.

19. a) Quel était votre revenu gagné annuel net inscrit dans vos déclarations de revenus fédérales des **DEUX** dernières années civiles ?

Année civile	Montant
	\$
	\$



- b) Si vous êtes actionnaire de la société dans laquelle vous travaillez, quelle a été votre part du revenu net des **DEUX** derniers exercices ?

Année civile	Montant
	\$
	\$

- c) Si vous êtes employé, quel est votre salaire annuel actuel ? \$

20. Votre revenu non gagné annuel dépasse-t-il les 30 000 \$?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquez le revenu non gagné annuel.

\$

21. Votre valeur nette est-elle supérieure à 6 000 000 \$?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquez la valeur nette.

\$

22. Avez-vous déjà déclaré une faillite personnelle ou commerciale ou déposé une forme quelconque de proposition de consommateur ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, inscrivez la date de libération et donnez des précisions ci-dessous.

Date de libération ou de proposition de consommateur	Précisions complètes

23. Êtes-vous admissible :

- a. à l'assurance-emploi ? Oui ☐ Non ☐
- b. à des indemnités d'accidents du travail (p.ex. CSPAAT, CNESST/CSST) ? Oui ☐ Non ☐
- c. à l'assurance invalidité de la CCQ ? Oui ☐ Non ☐

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

24. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous perçu des prestations d'assurance-emploi, des prestations d'invalidité, des indemnités d'accidents du travail, des prestations d'invalidité du RPC ou du RRQ, des prestations de substitution du revenu, congé de maternité/parental, ou toute forme d'aide sociale ? Oui ☐ Non ☐

►► Si oui, veuillez préciser.

Date du début	Date de fin	Assurance-emploi	Accidents du travail	Maternité/parental	Autre
		☐	☐	☐	Décrire
		☐	☐	☐	Décrire

25. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous piloté un avion, un aéronef ultra léger ou un planeur au cours des 24 derniers mois, ou envisagez-vous de le faire dans l'avenir ? Oui ☐ Non ☐

►► Si oui, veuillez compléter le questionnaire relatif à l'aviation.

26. Au cours des 12 prochains mois, prévoyez-vous de voyager à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique ? Oui ☐ Non ☐

►► Si oui, veuillez fournir des précisions, notamment les pays et villes, la durée des séjours dans chaque pays et le motif des voyages, ou veuillez remplir le questionnaire relatif aux voyages.

Précisions

27. Au cours des 24 dernières mois, avez-vous participé à des activités ou des sports dangereux, notamment les courses d'engins motorisés, la plongée sous-marine à une profondeur de plus de 30 m (100 pi), le parachutisme, le ski héliporté ou le ski hors-piste, ou envisagez-vous de le faire ? Oui ☐ Non ☐

►► Si oui, veuillez préciser ou remplir le questionnaire approprié.

Sport ou type d'activité dangereux	Dates, fréquence, professionnel/amateur, récréatif/commercial

28. Vous êtes-vous déjà fait refuser une assurance vie, invalidité ou maladies graves ou est-il déjà arrivé qu'une telle assurance fasse l'objet d'une surprime, soit modifiée, résiliée ou que son renouvellement ou sa remise en vigueur vous ait été refusé ? Oui ☐ Non ☐

►► Si oui, veuillez préciser.

Indiquez le type d'assurance	Avec surprime	Modifiée	Refusée	Résiliée	Renouvellement ou remise en vigueur refusés	Assureur	Raison
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		

29. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été reconnu coupable d'une infraction criminelle, ou y a-t-il actuellement une accusation de ce genre en instance contre vous ? Oui ☐ Non ☐

►► Si oui, veuillez préciser.

Date de l'incident	Précisions, y compris le résultat

30. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été condamné pour des infractions au code de la route, y compris la conduite avec facultés affaiblies, ou votre permis de conduire a-t-il été annulé, suspendu ou êtes-vous actuellement accusé d'une infraction de ce genre ? Oui ☐ Non ☐

►► Si oui, veuillez fournir le numéro de votre permis de conduire et donner des précisions ci-dessous, y compris les dates, le type d'infraction, le nombre de km/h en sus de la limite.

Numéro du permis de conduire	Détails, dates, type(s) d'infraction(s), km/h en sus de la limite

PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (« Vous » et « votre » s'entendent de la personne à assurer)

Quand vous répondrez à ces questions, veuillez NE PAS FOURNIR d'information au sujet d'examens 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.

Nom légal de la personne à assurer

1. Taille actuelle cm ☐ pi/po ☐ Poids actuel kg ☐ lb ☐

2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous perdu 20 lbs/10 kg ou plus ? Oui ☐ Non ☐

►► Si oui

Raison	Poids perdu
	kg ☐ lb ☐

3. Avez-vous eu des symptômes ou problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

4. Qui est votre médecin de famille ou votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituel ?

(S'il n'y en a pas, inscrivez « Aucun ».)

Indiquez l'adresse complète et le numéro de téléphone.

5. Indiquez le nom du fournisseur de soins de santé qui détient votre plus récent dossier médical, s'il est différent de votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituel.

6. 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.

7. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous fait usage de cigarettes, de cigarettes électroniques, de produits de vapotage, de cigares, de pipes à eau, de noix de bétel, de produits de désaccoutumance au tabac ou de nicotine ou de tabac sous une forme quelconque ? Oui ☐ Non ☐

Précisions/Produit (cigares, cigarettes, vapotage, etc.)	La quantité et la fréquence d'utilisation	Date de la dernière utilisation	Précisions sur le produit de désaccoutumance (type, date de début/fin)

8. Au cours des 5 dernières années, avez-vous consommé du cannabis sous quelque forme que ce soit ? Oui ☐ Non ☐

►► Si oui, veuillez indiquer la quantité et la fréquence de consommation, ainsi que la date de la dernière consommation.

9. Consommez-vous des boissons alcooliques ? Oui ☐ Non ☐

►► Si oui, veuillez préciser.

	Quantité		Jour	Semaine	Mois	Année
Bière		cannettes/bouteilles	☐	☐	☐	☐
Vin		verres	☐	☐	☐	☐
Spiritueux		ml/oz	☐	☐	☐	☐

10. Avez-vous déjà consulté, été traité ou reçu un avis professionnel vous recommandant de réduire ou d'arrêter de boire de l'alcool ? Oui ☐ Non ☐

►► Si oui, veuillez compléter le Questionnaire sur la consommation d'alcool.

11. Avez-vous déjà demandé, été conseillé ou reçu des traitements pour la consommation de drogues, prescrites ou non prescrites ou avez-vous consommé des drogues illicites au cours des 10 dernières années (p. ex. cocaïne, héroïne, fentanyl, ecstasy, hallucinogènes, stéroïdes anabolisants, etc.) ? Oui ☐ Non ☐

►► Si oui, veuillez compléter le Questionnaire sur l'usage de drogues.

12. Vous êtes-vous déjà absenté du travail pour une période de 15 jours consécutifs ou plus en raison d'une blessure ou d'une maladie ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

Avez-vous déjà eu des indices ou suivi un traitement touchant les affections suivantes :

13. a. Le SIDA, des résultats positifs ou inconnus d'un test de dépistage du VIH, ou tout autre trouble du système immunitaire ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

b. Maladie ou affection des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge (y compris la perte de l'usage de la parole) ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

c. Apnée du sommeil, insomnie chronique ou autre trouble du sommeil ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

d. Douleurs thoraciques, crise cardiaque, angine de poitrine, ECG anormal, pouls irrégulier, souffle au cœur, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, maladie vasculaire périphérique ou autre trouble ou maladie du cœur ou du système circulatoire ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

e. Accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), maux de tête, déficience cognitive, trouble de la mémoire, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, maladie du motoneurone, maladie de Huntington, SLA, évanouissements, étourdissements, convulsions, épilepsie, paralysie, sclérose en plaques, faiblesse musculaire, engourdissement ou fourmillement dans les membres ou affection cérébrale ou nerveuse ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

Avez-vous déjà eu des indices ou suivi un traitement touchant les affections suivantes :

- f. Présence de protéine, d'albumine, de sang, ou de sucre dans les urines, résultats anormaux à un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS), calculs rénaux, ou toute maladie ou tout trouble des reins, des voies urinaires, de la vessie, de la prostate ou des organes reproducteurs ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- g. Angoisse, dépression, nervosité, stress, fatigue, épuisement professionnel, trouble de l'alimentation, autre trouble émotionnel, psychiatrique ou mental, psychose ; ou avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? ... Oui ☐ Non ☐

►► Si oui, veuillez préciser ou compléter le Questionnaire sur la santé mentale.

Précisez

- h. Fatigue chronique, syndrome de fatigue chronique, virus d'Epstein-Barr, fibromyalgie ou douleurs chroniques ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- i. Cancer, nævus dysplasique, tumeur, kyste, masse, lésion, bosse, nodule, polype ou autre excroissance, tout trouble de la peau ou des glandes lymphatiques, troubles du sang ou autre forme d'affection maligne ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- j. Diabète, trouble endocrinien, glycémie élevée, affection thyroïdienne, trouble sanguin, fièvre rhumatismale, lupus, ou goutte ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- k. Affection des seins, y compris bosses, kystes ou autres masses, autre changement physique, clichés mammaires anormaux ou biopsie ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- l. Perte d'un membre ou difformité, hernie ou rupture, thrombose veineuse profonde, ou varices ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- m. Arthrite, maladie ou trouble des muscles ou des os, maladie ou trouble de la hanche, de la cheville, du genou, du poignet, du coude, de l'épaule, des mains, des pieds, ou de toute autre articulation ? Oui ☐ Non ☐

►► Si oui, quel muscle, os ou articulation ? Droit ☐ Gauche ☐ Les deux ☐

Précisez

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

►► Si oui, veuillez compléter le Questionnaire sur les troubles du dos et du cou.

Précisez

- o. Toute forme d'asthme, d'emphysème, de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), de bronchite chronique, de pleurésie, de pneumonie, de tuberculose, d'allergies reliées au travail, ou toute autre affection de la poitrine ou des poumons ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

Avez-vous déjà eu des indices ou suivi un traitement touchant les affections suivantes :

- p. Toute forme d'ulcère gastro-duodéal, d'indigestion, de colite, ou toute autre affection de l'estomac, du côlon ou des intestins, de la vésicule biliaire, du foie, du pancréas, ou avez-vous obtenu des résultats positifs à un test de dépistage de l'hépatite ou été informé que vous étiez porteur de la maladie ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

Exception faite des renseignements fournis aux questions 1 à 13 de la Partie 2, au cours des 10 dernières années, avez-vous :

14. a. consulté un médecin, chiropraticien, psychologue, physiothérapeute, ostéopathe, homéopathe ou autre praticien de la santé, ou été examiné par l'un d'eux ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- b. subi une intervention chirurgicale, suivi un traitement, un régime particulier, souffert de maladie, affection, anomalie ou blessures ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

- c. été avisé de subir une épreuve diagnostique, d'être hospitalisé ou de subir une intervention chirurgicale, sans y donner suite ? Oui ☐ Non ☐

Précisez

15. L'un de vos parents naturels ou de vos frères ou sœurs, vivants ou décédés, a-t-il déjà souffert de l'une des maladies suivantes : maladie du cœur, maladie polykystique des reins, hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, diabète, cancer, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, chorée 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
	☐		☐		☐		☐	
	☐		☐		☐		☐	
	☐		☐		☐		☐	
	☐		☐		☐		☐	

Proposantes de moins de 50 ans seulement

16. Êtes-vous actuellement enceinte ? Oui ☐ Non ☐

▶▶ Si Oui,

- a. Quelle est la date prévue de l'accouchement ?

- b. Avez-vous eu des complications avec cette grossesse ou une grossesse antérieure ? Oui ☐ Non ☐

▶▶ Si oui, indiquez les détails.

Précisez

DEMANDE DE NOTE DE COUVERTURE RELATIVE AUX PROPOSITIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ

Si la réponse à l'une des questions suivantes est « oui » ou a été laissée en blanc, la personne à assurer n'est pas admissible à la note de couverture.

1. Au cours des deux dernières années, la **personne à assurer** a-t-elle été traitée pour un trouble cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou un cancer, ou un traitement lui a-t-il été recommandé ? Oui ☐ Non ☐
2. Au cours des 90 derniers jours, la **personne à assurer** a-t-elle été hospitalisée ou admise dans un établissement de soins médicaux, ou lui a-t-on conseillé de se faire hospitaliser ou admettre dans un tel établissement ? Oui ☐ Non ☐

Au besoin, veuillez fournir ci-dessous des précisions supplémentaires relativement à toute question de la Partie 2 à laquelle vous avez répondu par l'affirmative.

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

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

REÇU ET NOTE DE COUVERTURE APPLICABLE À L'ASSURANCE INVALIDITÉ (proposition uniquement si la note de couverture est demandée)

Acompte de \$ reçu le , en même temps que la proposition d'assurance de
Date (jj/mm/aaaa)

(personne à assurer).

DÉFINITIONS

Aux fins de la présente note de couverture :

« Vous » s'entend de la personne à assurer figurant dans la proposition.

« Nous » et « notre » s'entendent de la Compagnie.

L'acompte minimal » correspond soit au montant de la prime mensuelle, dans le cas du mode de paiement mensuel, soit à 10 % du montant de la prime annuelle, dans tous les autres cas.

La « date d'effet » correspond à :

- la date à laquelle nous avons reçu l'acompte minimal, ou
- la date à laquelle la proposition et tous les examens médicaux et tous les tests supplémentaires que nous avons exigés conformément à nos directives et pratiques de tarification sont terminés, ou
- la date d'émission précisée dans la proposition par la personne à assurer, si cette date est postérieure.

NOTE DE COUVERTURE

Nous acceptons cet acompte et vous consentirons une assurance à la date d'effet, sous réserve de toutes les

CONDITIONS PRÉALABLES suivantes :

- le montant du paiement est égal ou supérieur à l'acompte minimal,
- la personne a rempli la proposition et a subi tous les examens médicaux et les tests supplémentaires que nous avons exigés conformément à nos directives et pratiques de tarification,
- vous êtes admissible à l'assurance, conformément à nos directives et pratiques de tarification, en vertu de toute police offerte par nous, et
- la déclaration du conseiller a été signée par un conseiller détenteur d'un permis.

Nous ne vous consentirons aucune assurance en vertu des présentes, quelles que soient les circonstances :

- si à la question 1 ou 2 de la note de couverture, la réponse est « oui » ou le champ est laissé en blanc,
- s'il y a non-déclaration de faits importants dans la proposition,
- en cas de décès par suicide, ou
- si vous n'êtes pas admissible à l'assurance, conformément à nos directives et pratiques de tarification, en vertu de toute police alors offerte par nous.

Lorsque la note de couverture entre en vigueur, elle prévoit exactement l'assurance demandée dans la proposition, à la condition que conformément aux directives et pratiques de tarification, vous ayez droit à la police et au montant spécifiquement demandés dans la proposition, à notre taux de prime normal, et ce, sans aucune exclusion, limitation, réduction ou autres modifications. Sinon, la note de couverture correspondra à l'assurance modifiée à laquelle vous auriez eu droit à la date d'effet, conformément à nos directives et pratiques de tarification.

Cependant, nous ne serons en aucun cas tenus, au titre de la présente note de couverture, de payer des prestations de décès accidentel de plus de 100 000 \$, y compris toute assurance déjà en vigueur ou à l'étude auprès de notre Compagnie.

RÉSILIATION

Si la note de couverture est consentie, elle prendra fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle une police, quelle qu'elle soit, établie par suite de la proposition, vous est délivrée et prend effet,
- 90 jours à compter de sa date d'effet, ou
- la date à laquelle nous vous avisons par écrit que nous ne pouvons approuver l'établissement de la police.

REMBOURSEMENT DE L'ACOMPTE

Si la note de couverture ne prend pas effet, notre responsabilité se limite à retourner l'acompte versé avec la présente note de couverture.

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

ASSURANCE MALADIES GRAVES – DEMANDE DE NOTE DE COUVERTURE PROVISOIRE (Vous/Votre/Vos désignent la Personne à assurer)

En cas de réponse affirmative ou manquante à l'une des questions suivantes, vous n'êtes pas admissible à la note de couverture provisoire de l'assurance maladies graves.

Quand vous répondrez à ces questions, veuillez ne pas faire référence 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.

À répondre par la Personne à assurer :

- Avez-vous déjà été traité pour ce qui suit ou présenté des indices de la présence des affections suivantes :
 - maladie du cœur ou du système circulatoire, notamment crise cardiaque, hypertension artérielle, douleurs thoraciques ou ECG anormal ; Oui ☐ Non ☐
 - accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire (AIT) ; Oui ☐ Non ☐
 - cancer – y compris des tumeurs ; ou. Oui ☐ Non ☐
 - l'une des maladies suivantes : diabète, maladie chronique des reins, du foie ou des poumons, sclérose en plaques, paralysie, maladie des motoneurones, maladie d'Alzheimer, chorée de Huntington, maladie de Parkinson, SIDA ou infection au VIH, perte de la parole, cécité ou surdité ? Oui ☐ Non ☐
- Au cours de la dernière année, avez-vous été admis dans un hôpital ou un autre établissement médical ou vous a-t-on conseillé de le faire (sauf pour un accouchement normal) ? Oui ☐ Non ☐
- Vous a-t-on conseillé de passer des tests, des examens ou de subir une intervention chirurgicale auxquels vous n'avez pas encore donné suite ? Oui ☐ Non ☐
- Au cours de la dernière année, est-ce qu'une proposition, une demande de modification ou une demande de remise en vigueur d'une assurance vie ou maladies graves vous a été refusée, a fait l'objet d'une surprime ou a été modifiée de quelque manière que ce soit ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous des symptômes ou des problèmes de santé dont vous n'avez pas encore discuté avec un professionnel de la santé ? Oui ☐ Non ☐

REÇU DE LA NOTE DE COUVERTURE PROVISOIRE DE L'ASSURANCE MALADIES (S'applique uniquement si la note de couverture provisoire de l'assurance maladies graves est demandée)

La Compagnie d'assurance vie RBC a reçu un paiement de \$, pour la note de couverture provisoire de l'assurance maladies graves sur la tête de (Personne à assurer).

Ce montant doit être au moins égal au paiement minimum requis pour que l'assurance provisoire entre en vigueur. Le paiement minimum requis correspond à une prime mensuelle au taux standard pour la police d'assurance maladies graves demandée en même temps que la présente note de couverture provisoire de l'assurance maladies graves.

Signé à

(ville/province)

(jj/mm/aaaa)

Signature du conseiller

La proposition soumise pour la police d'assurance maladies graves et le paiement effectué pour la note de couverture provisoire doivent être datés du même jour. À défaut, la note de couverture provisoire de l'assurance maladies graves demandée n'entrera pas en vigueur.

NOTE DE COUVERTURE PROVISOIRE DE L'ASSURANCE MALADIES GRAVES (Vous/Votre/Vos désignent la Personne à assurer)

La Compagnie d'assurance vie RBC accepte de vous assurer pour la couverture définie ci-dessous. Veuillez lire attentivement le présent document. Il s'agit d'un document juridique entre la Compagnie d'assurance vie RBC, vous et le Titulaire de police proposé (s'il n'est pas la Personne à assurer).

Couverture

L'assurance maladies graves provisoire entre en vigueur lorsque la proposition d'assurance maladies graves a été signée, que les réponses aux questions de la demande de note de couverture ont été fournies et que le paiement pour la note de couverture provisoire a été reçu.

Cette note de couverture provisoire couvre une seule manifestation d'une maladie couverte par la police d'assurance maladies graves demandée en même temps que cette assurance provisoire, comportant les mêmes définitions et les mêmes exigences relatives au diagnostic, sauf comme il est précisé dans la section Restrictions et exclusions de la présente note de couverture.

Nous verserons une indemnité de maladie grave en vertu de la présente note de couverture provisoire si vous recevez d'un médecin spécialiste un diagnostic d'une affection couverte qui répond entièrement à la définition et aux exigences relatives au diagnostic d'une maladie couverte au titre de la police d'assurance maladies graves demandée. Le montant que nous verserons est égal au montant de l'indemnité de maladie grave demandée dans la proposition d'assurance maladies graves, jusqu'à concurrence de 500 000 \$. Si nous versons des indemnités de maladie grave pour la même maladie grave au titre d'une autre police, nous retrancherons le montant de ces indemnités du montant maximal de 500 000 \$.

Vous ne pouvez avoir qu'une seule couverture d'assurance maladies graves provisoire en vigueur, même si plusieurs propositions d'assurance maladies graves ont été présentées. S'il y a plusieurs demandes d'assurance provisoire et qu'une demande de règlement est présentée, l'indemnité correspondra au montant de couverture le plus élevé, jusqu'à concurrence de 500 000 \$, moins toute indemnité que nous versons pour la même affection au titre d'une autre police d'assurance maladies graves.

Nous verserons l'indemnité de maladie grave au Titulaire de police proposé, sauf si celui-ci a désigné une personne pour recevoir le montant d'assurance payable, auquel cas nous verserons l'indemnité à cette personne.

Résiliation de la note de couverture provisoire de l'assurance maladies graves

La présente assurance maladies graves provisoire prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle la police d'assurance maladies graves entre en vigueur ;
- b) la date à laquelle le Titulaire proposé annule la proposition d'assurance maladies graves ;
- c) la date à laquelle le Titulaire proposé refuse la police d'assurance maladies graves ;
- d) 90 jours suivant la date de signature de la proposition d'assurance maladies graves ;
- e) la date à laquelle le Titulaire proposé annule la note de couverture ;
- f) la date à laquelle nous informons le Titulaire proposé que la note de couverture a été résiliée ;
- g) la date de votre décès.

Si la note de couverture prend fin en vertu de l'alinéa b), c), d), e) ou f), nous rembourserons le paiement reçu.

Restrictions et exclusions

- a) Cette assurance provisoire n'entrera pas en vigueur si un fait essentiel fait l'objet d'une fausse déclaration ou n'a pas été divulgué dans la proposition d'assurance maladies graves, la proposition d'assurance provisoire, l'entrevue téléphonique ou tout autre questionnaire obligatoire.
- b) Nous ne verserons pas d'indemnité pour une demande de règlement au titre de la note de couverture provisoire si la maladie couverte est directement ou indirectement attribuable à ce qui suit :
 - l'abus de toute substance, y compris l'usage de tout médicament prescrit ou non qui est incompatible avec les instructions du médecin spécialiste prescripteur ou du fabricant du médicament ;
 - la conduite de tout véhicule motorisé terrestre, aérien ou embarcation alors que votre taux d'alcoolémie dépasse 80 mg par 100 ml de sang ou alors que vous êtes sous l'effet de tout médicament ou toute drogue ;
 - votre suicide ou tentative de suicide ou toute blessure que vous vous infligez intentionnellement ; ou
 - toute blessure subie pendant la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel, que vous soyez ou non accusé.
- c) Nous ne verserons pas d'indemnité pour une demande de règlement au titre de la note de couverture provisoire pour les affections suivantes, telles qu'elles sont définies dans la police d'assurance maladies graves demandée :
 - I. sclérose en plaques,
 - II. maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques,
 - III. tumeur cérébrale bénigne,
 - IV. cancer mettant la vie en danger,
 - V. maladies couvertes au titre de l'indemnité d'assistance immédiate.
- d) Cette assurance d'assurance maladies graves provisoire n'entrera pas en vigueur si la Personne à assurer répond « Oui » à l'une des questions de la demande de note de couverture provisoire ou si elle ne répond pas à l'une des questions.
- e) Cette assurance provisoire n'entrera pas en vigueur si la proposition d'assurance maladies graves et le paiement effectué pour l'assurance en vertu de la note de couverture provisoire ne portent pas la même date ou si le paiement de l'assurance au titre de la proposition d'assurance provisoire n'a pas été acquitté intégralement.



Assurances

PARTIE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR LA PRIME ET LE MODE DE PAIEMENT

Si la réponse à la question 1 ou 2 figurant sur la partie Note de couverture (page 16 de la proposition) est « oui » ou a été laissée en blanc, le conseiller ne doit pas accepter d'acompte avec la proposition, et la note de couverture est annulée.

1. a. Mode de paiement : Mensuel ☐ Annuel ☐
- b. Prélèvement bancaire (remplir le formulaire d'autorisation) ☐ OU Facturation directe ☐
- c. Acompte versé ? Oui ☐ Non (Paiement à la délivrance de la police) ☐



Si un acompte est versé, la partie Reçu et note de couverture est remise en contrepartie (page 18 de la proposition).

- d. La prime applicable à la note de couverture doit-elle être payée par débit préautorisé ? Oui ☐ Non ☐

Si non, établissez le chèque au nom de **Compagnie d'assurance vie RBC**.

- e. Remplissez les cases ci-après. Inscrivez le montant de l'acompte versé pour chacun des produits demandés.

Produit	Dépôt	Produit	Dépôt	Produit	Dépôt	Produit	Dépôt
	\$		\$		\$		\$

Si le chèque de l'acompte s'applique à plus d'un proposant, veuillez fournir le nom légal de chacun.

2. **AUTORISATION RELATIVE AU PAIEMENT DES PRIMES** (À remplir uniquement si les primes de l'assurance sont acquittées au moyen d'une facturation groupée et que les avis de prime sont envoyés à une personne autre que le titulaire/l'assuré.)

Signature du titulaire

, titulaire de la police d'assurance, autorise par la présente la Compagnie à envoyer tous les avis de primes, les avis de déchéance et les remboursements de primes à la personne suivante et à recevoir le paiement des primes versées par cette personne.

Nom légal et adresse du payeur de primes



Obligatoire pour TOUTES les propositions

3. **Avez-vous détaché et remis au proposant...**

- ☐ le préavis concernant le MIB, LLC
- ☐ le reçu de la note de couverture (page 18 de la proposition ; si un acompte est perçu)
- ☐ le reçu de l'assurance MG provisoire (le cas échéant)
- ☐ les questionnaires supplémentaires (le cas échéant)

4. **Avez-vous annexé à la proposition...**

- ☐ les avis de remplacement de l'assurance (au Québec seulement, le cas échéant)
- ☐ le paiement du premier mois **ou** note de couverture vierge (si aucun acompte n'a été perçu) ou assurance MG provisoire (le cas échéant)
- ☐ un chèque marqué nul sur lequel les codes bancaires sont lisibles (si le mode de paiement par DPA a été choisi)
- ☐ la déclaration d'entente signée par la personne à assurer et le ou les titulaires proposant, si ces personnes ne comprennent ni le français ni l'anglais
- ☐ Illustration

ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Veuillez lire avec attention la section intitulée « Collecte, Utilisation et Communication des renseignements personnels ».

Le ou les payeurs nommés ci-après conviennent de ce qui suit :

1. (a) Ils autorisent la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) à effectuer des prélèvements mensuels périodiques sur le compte bancaire qu'ils détiennent à l'institution financière nommée ci-dessous, ou à toute autre institution financière qu'ils pourraient désigner ultérieurement, pour acquitter les primes conformément au calendrier de versement des primes de leur(s) police(s), y compris la prime initiale ou la prime applicable à la note de couverture, si cette note est demandée dans la présente proposition.
- (b) **RBC Vie est dispensée de leur adresser un préavis avant de prélever la prime de la note de couverture ou la prime initiale, ou en cas de changement du montant du prélèvement.**
- (c) À moins d'indication contraire dans la section Directives spéciales ci-dessous, les prélèvements auront lieu le jour du mois auquel la prime de la police est exigible ou, si cet accord s'applique à plus d'une police, les prélèvements seront alors effectués à la date de prélèvement de la ou des polices en vigueur.
- (d) L'institution financière nommée ci-dessous est par la présente autorisée à honorer à partir de maintenant les demandes de prélèvement des primes ou des frais de police présentées par RBC Vie sur le compte bancaire indiqué ci-dessous, y compris la présentation de nouveau d'une demande de prélèvement dans les 30 jours suivant la non-acceptation du prélèvement initial.
- (e) Ils s'engagent à informer par écrit RBC Vie de tout changement aux renseignements sur le compte indiqués ci-dessous au moins 5 jours avant le prochain prélèvement prévu. Ils conviennent qu'à l'occasion, ils peuvent autoriser RBC Vie à effectuer ces prélèvements sur un autre compte, suivant leurs instructions verbales ou écrites.
- (f) Ils peuvent, tout comme RBC Vie, mettre fin à cet accord, sous réserve d'un préavis de résiliation par écrit d'au moins 10 jours et ce, pour toutes les polices visées par l'accord. Ils peuvent obtenir de l'information supplémentaire sur leurs droits concernant la résiliation de l'accord de DPA en consultant le site de Paiements Canada à l'adresse www.paiements.ca.
- (g) En cas de contestation d'un DPA, ils conviennent d'en informer RBC Vie. En cas de recours, ce DPA est considéré s'appliquer à un compte personnel.

Le ou les payeurs ont certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, le ou les payeurs ont le droit de recevoir un remboursement pour tout DPA non autorisé ou non conforme au présent accord. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur leurs droits de recours, ils peuvent communiquer avec leur institution financière ou consulter le site www.paiements.ca.

- (h) Les noms et signatures de toutes les personnes dont l'autorisation est requise pour effectuer les prélèvements sur le compte sont fournis ci-dessous.

2. À ajouter au DPA déjà en vigueur de la ou des polices numéros
3. Directives spéciales (les prélèvements ne peuvent avoir lieu que du 1^{er} au 28 du mois)

Coordonnées bancaires

Veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « Nul » (le prélèvement sur un compte de marge de crédit n'est pas autorisé).

Nom de la banque ou de l'institution financière	Numéro de succursale	Numéro de banque	Numéro de compte
Adresse			
Ville	Province	Code postal	
Signé à (Ville/Province)		le jour de (Mois/Année)	
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)	

SUPPLÉMENT – FRAIS GÉNÉRAUX D'ENTREPRISE

À remplir dans le cas d'une demande de contrat Frais généraux d'entreprise.

Utilisez la moyenne de vos frais courants mensuels réels. Si vous partagez les frais, ne tenez compte que de votre part. N'incluez pas les sommes qui vous sont versées ou qui sont versées à un autre membre de votre profession. Ne sont considérés comme remboursables par cette assurance que les frais qui donnent droit à des déductions fiscales.

1. Partagez-vous vos frais de bureau avec quelqu'un d'autre ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, quelle est votre part ? %

2. Employez-vous d'autres membres de votre profession ou d'une profession connexe, une personne qui exerce les mêmes fonctions que vous ou une personne directement responsable de générer un revenu pour votre entreprise ? Oui ☐ Non ☐

Si oui : Combien ?

3. Des membres de votre famille travaillent-ils au moins 20 heures par semaine dans votre entreprise ? Oui ☐ Non ☐

Si oui : précisez leur nom, leur lien de parenté, leur fonctions et leur salaire annuel :

Nom	Lien de Parenté	Fonctions	Salaire annuel

4. Veuillez fournir la liste des postes, des fonctions et des salaires mensuels de tous les employés :

Nom	Nombre d'employés	Fonctions	Salaire mensuel moyen

5. Veuillez fournir une liste des frais généraux mensuels de votre entreprise :

Salaires*	\$	Téléphone et autres services	\$
Avantages sociaux*	\$	Capital et intérêts sur prêt à l'entreprise	\$
Loyer ou hypothèque	\$	Primes d'assurance responsabilité civile	\$
Crédit-bail (matériel loué)	\$	Primes d'assurance professionnelle	\$
Location de matériel	\$	Cotisations professionnelles	\$
Fournitures de bureau	\$	Dépréciation / amortissement fiscal	\$

* N'incluez pas les sommes qui vous sont versées ou qui sont versées à tout autre membre de votre profession.

Autres frais fixes mensuels nécessaires** : \$

** Donnez toutes les précisions si ces frais représentent plus de 10 % du total des frais mensuels :

SUPPLÉMENT – PROTECTION PRÊT COMMERCIAL

À remplir dans le cas d'une demande de contrat Protection prêt commercial ou soumettre une lettre de l'établissement financier.

PRÉCISIONS SUR L'ENTREPRISE

1. a. Nom de l'entreprise :
- b. Genre d'entreprise : Entreprise individuelle ☐ Société de personnes ☐ Société de capitaux ☐
- c. Votre participation dans l'entreprise (% d'actions ordinaires avec droit de vote) : %
- d. Nombre d'années dans l'entreprise actuelle :
- e. Les partenaires/actionnaires sont-ils en partenariat d'affaires depuis au moins 3 années ? Oui ☐ Non ☐
- f. Valeur nette de l'entreprise : \$

PRÉCISIONS SUR LE(S) PRÊT(S)

Prêt n°1 :

2. a. Montant du prêt : \$
- b. Taux d'intérêt : %
- c. Terme (le cas échéant) : mois
- d. Paiement mensuel (le cas échéant) : \$
- e. But du prêt :
- f. Nom du prêteur (établissement financier reconnu) :
- g. Est-ce que les intérêts sur ce prêt sont déductibles d'impôt pour cette entreprise/société ? Oui ☐ Non ☐

Prêt n°2 (le cas échéant) :

3. a. Montant du prêt : \$
- b. Taux d'intérêt : %
- c. Terme (le cas échéant) : mois
- d. Paiement mensuel (le cas échéant) : \$
- e. But du prêt :
- f. Nom du prêteur (établissement financier reconnu) :
- g. Est-ce que les intérêts sur ce prêt sont déductibles d'impôt pour cette entreprise/société ? Oui ☐ Non ☐

Prêt n°3 (le cas échéant) :

4. a. Montant du prêt : \$
- b. Taux d'intérêt : %
- c. Terme (le cas échéant) : mois
- d. Paiement mensuel (le cas échéant) : \$
- e. But du prêt :
- f. Nom du prêteur (établissement financier reconnu) :
- g. Est-ce que les intérêts sur ce prêt sont déductibles d'impôt pour cette entreprise/société ? Oui ☐ Non ☐

MODIFICATION – RÉGIME D'INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE (à ne pas utiliser avec le produit Série Avant-garde)

►► Personne à assurer

Le titulaire et la personne assurée conviennent par les présentes que la police d'assurance invalidité individuelle qu'ils proposent, ou ont proposée, est destinée à faire partie d'un « régime d'indemnités pour perte de salaire » qui existe déjà ou qui sera établi sans délai par le titulaire de la police. Toutes les primes seront payées uniquement et directement par le titulaire de la police. Le montant d'indemnisation (exonération de prime exclue) sera versé à la personne assurée, à titre d'indemnité imposable.

Le titulaire de la police et la personne assurée reconnaissent qu'à défaut d'établissement et de maintien d'un régime d'indemnités pour perte de salaire, valide et acceptable par l'Agence canadienne des douanes et du revenu :

- (a) **les primes versées par le titulaire peuvent, à effet rétroactif, ne plus être admises comme frais déductibles par l'Agence canadienne des douanes et du revenu, et**
- (b) **l'Agence canadienne des douanes et du revenu peut exiger que la personne assurée ajoute, à effet rétroactif, le montant des primes comme avantage imposable lors du calcul de son impôt sur le revenu des particuliers.**

Le titulaire et la personne assurée conviennent expressément d'être seuls responsables, intégralement, de l'établissement et du maintien continu d'un régime d'indemnités pour perte de salaire, valide et acceptable par l'Agence canadienne des douanes et du revenu. Le titulaire et la personne assurée conviennent de ne pas invoquer quelque avis fiscal ou autre de la Compagnie ou de ses employés au sujet de la validité du régime d'indemnités pour perte de salaire. Le titulaire et la personne assurée conviennent expressément que la Compagnie et ses employés ne seront tenus aucunement responsables de quelque avis fiscal ou autre reçu d'un courtier, ni des arriérés d'impôts ou autres obligations résultant de la résiliation ou de l'annulation du régime d'indemnités pour perte de salaire.

Le titulaire et la personne assurée conviennent expressément qu'à défaut d'établissement d'un régime d'indemnités pour perte de salaire valide ou advenant qu'une fois établi, il soit résilié ou cesse d'être valide ou acceptable pour l'Agence canadienne des douanes et du revenu ou que la personne assurée cesse pour quelque raison de participer au régime :

- (a) **le titulaire et la personne assurée en informeront immédiatement la Compagnie, au moyen d'un avis écrit adressé à son bureau à l'adresse suivante : 6880 Financial Drive, Mississauga (Ontario) L5N 7Y5 ;**
- (b) **à effet de la date de résiliation ou d'annulation du régime ou à la date où la personne assurée cesse de participer au régime, si cette date est antérieure, les indemnités mensuelles prévues par la police seront ramenées au montant d'indemnisation auquel la personne assurée aurait eu droit d'après les limites de souscription non imposables tenant compte du droit aux prestations d'assurance-emploi pour invalidité, soit les limites alors en vigueur ou celles qui étaient en vigueur à la date d'effet de la police, si ces dernières sont plus favorables à la personne assurée ;**
- (c) **la personne assurée remboursera immédiatement à la Compagnie toutes indemnités versées en trop par la Compagnie avant la réception de l'avis l'informant qu'un régime valide n'a pas été établi, ou a été résilié ou annulé, ou que la personne assurée a cessé de participer au régime, si cet événement se produit avant les précédents ; et**
- (d) **la prime de la police sera ramenée à la somme que la Compagnie aurait demandée pour le montant réduit d'indemnisation mensuelle mentionné en b) ci-dessus. La Compagnie remboursera au titulaire toute prime versée en trop par ce dernier.**

La présente modification s'appliquera par dérogation à toute disposition contraire de la police. Toutes les autres dispositions de la police demeurent les mêmes.

La modification fait partie intégrante de la police. La date d'effet de la présente modification est la même que celle de la police.

J'accepte la présente modification :

Signature de la personne assurée

Signature du titulaire

Signé à

(Ville/Province)

le

jour de

(Mois/Année)

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 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, 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, 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, tout supplément à la proposition et tout questionnaire annexés. 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. Le fait de ne pas déclarer une couverture en vigueur ou à l'étude, y compris toute couverture avec la Compagnie, peut compromettre l'admissibilité à une couverture, et peut signifier qu'il n'y aura pas de couverture. Si cette proposition indique qu'une police en vigueur ou à l'étude sera remplacée par cette Police, le Titulaire proposé doit discontinuer la police en vigueur ou à l'étude dès que cette Police est livrée. La cessation de la police en vigueur ou à l'étude est une condition de livraison, et cette Police prendra effet que si la police en vigueur ou à l'étude est annulée.
6. Toute police établie par la Compagnie par suite de la présente proposition ne couvre pas une invalidité et/ou maladie grave attribuable à (a) des blessures corporelles subies dans un accident avant la délivrance de la Police, ou (b) une maladie dont les premiers symptômes se manifestent avant la délivrance de la Police. Cependant, cette invalidité et/ou maladie grave sera couverte par la police établie si la Personne à assurer a dûment informé la Compagnie, dans la proposition ou un autre document, et avant que la Police ne soit délivrée, de tous les faits connus de la Personne à assurer ou qui lui sont raisonnablement accessibles au sujet de sa blessure, de son affection ou de sa maladie, y compris tous les symptômes, signes ou autres manifestations, et que la Compagnie a choisi de ne pas exclure la blessure, la maladie ou l'affection.
7. J'ai reçu l'information nécessaire à la souscription du ou des produits.
8. J'ai reçu et lu une copie de la Fiche d'information à l'intention du consommateur – préavis.
9. J'ai lu et compris la section intitulée « Collecte, Utilisation et Communication des renseignements personnels » et j'accepte ses conditions.
10. 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.
11. **Résidents du Québec :** Si j'ai complété une version française de la proposition, mais que j'ai choisi de recevoir ma police en anglais, j'accepte d'être lié par celle-ci et de recevoir tous les documents connexes en anglais. Si j'ai fait ce choix, je confirme qu'on m'a d'abord présenté une version française de la police.

Si j'ai fait une demande d'assurance provisoire, j'ai lu, compris et j'accepte les termes et conditions de la note de couverture provisoire de l'assurance invalidité et/ou maladies graves et du reçu de la note de couverture.

Signé à Date
(Ville/Province) (JJ/MM/AAAA)

Signature de la personne à assurer

Signature du titulaire proposé

Note : 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).

CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION ÉLECTRONIQUE DU CONTRAT

Titulaire proposé : Livraison de votre police

☐ J'autorise la livraison de ma police d'assurance et des documents connexes à l'adresse courriel ci-dessous. J'autorise à recevoir des courriels de Assurance en ligne, un portail où je pourrai consulter mes documents d'assurance.

Lorsque votre police d'assurance est prêt, il vous sera envoyé par courriel.

NOM DU TITULAIRE PROPOSÉ	ADRESSE COURRIEL PRÉFÉRÉE	NUMÉRO DE CELLULAIRE

Il est essentiel que l'adresse courriel indiquée soit exacte pour garantir la réception de ma police d'assurance. Une adresse courriel incorrecte pourrait entraîner la livraison de ma police à un destinataire non intentionnel.

☐ Je confirme que l'adresse courriel indiquée est exacte.

SIGNATURE DU TITULAIRE PROPOSÉ

DATE (JJ/MM/AAAA)

Cotitulaire proposé (le cas échéant) : Livraison de votre police

☐ J'autorise la livraison de ma police d'assurance et des documents connexes à l'adresse courriel ci-dessous. J'autorise à recevoir des courriels de Assurance en ligne, un portail où je pourrai consulter mes documents d'assurance.

Lorsque votre police d'assurance est prêt, il vous sera envoyé par courriel.

NOM DU COTITULAIRE PROPOSÉ <i>Le cas échéant</i>	ADRESSE COURRIEL PRÉFÉRÉE	NUMÉRO DE CELLULAIRE

Il est essentiel que l'adresse courriel indiquée soit exacte pour garantir la réception de ma police d'assurance. Une adresse courriel incorrecte pourrait entraîner la livraison de ma police à un destinataire non intentionnel.

☐ Je confirme que l'adresse courriel indiquée est exacte.

SIGNATURE DU COTITULAIRE PROPOSÉ

DATE (JJ/MM/AAAA)

CONSENTEMENT DE LA PERSONNE À ASSURER (DOIT ÊTRE REMPLI SI L'ASSURÉ ET LE TITULAIRE SONT DIFFÉRENTS)

Autorisation : Je comprends que le titulaire de police a choisi la transmission électronique de la police et des documents connexes et qu'il aura ainsi accès par voie électronique à tous les renseignements (y compris, mais sans se limiter, les renseignements d'ordre médical ou sur son état de santé) que j'ai fournis à la Compagnie d'assurance vie RBC dans le cadre du processus de souscription. Je consens par la présente à ce que le titulaire ait accès à tous ces renseignements.

Si vous ne voulez pas que le titulaire de police ait accès aux renseignements que vous avez fournis, veuillez ne pas signer ce formulaire et discutez de votre préoccupation avec le conseiller.

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER

DATE (JJ/MM/AAAA)

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

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 établira et tiendra à jour des dossiers contenant mes renseignements personnels. 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. En outre, il est entendu que, sauf lorsque la Compagnie peut limiter mon accès à mes renseignements personnels et qu'elle le fait légalement, je serai autorisé à examiner les copies des documents contenant lesdits renseignements personnels que la Compagnie a en sa possession, sous réserve du paiement de frais de reproduction raisonnables. Il est entendu également que je serai autorisé à demander de consulter ces documents et à y signaler toute erreur, et à demander à la Compagnie de les rectifier en faisant parvenir, par la poste, une demande écrite à la personne chargée du traitement de ma proposition. 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, qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité et leur demande de le faire.

Personnes ou organismes 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 des Transports 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 d'obtenir des renseignements reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Si je décide de révoquer la présente autorisation d'obtenir des renseignements, la compagnie 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 l'établissement et 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 conseiller de service, notamment mon conseiller ou courtier en assurance et à d'autres tierces parties, qui sont toutefois tenues d'en assurer la confidentialité (p. ex. : l'agent général délégué avec lequel mon conseiller de service est associé [s'il y a lieu]). 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 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.

J'autorise la Compagnie à communiquer à mon conseiller 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.

Je n'accepte pas que mes renseignements médicaux et personnels soient communiqués au conseiller de service. ☐

Signé

(Ville/Province)

le

jour de

(Mois/Année)

Personne à assurer (signature)

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

RAPPORT DU CONSEILLER

1. Qui est à l'origine de cette proposition d'assurance ?
 Vous ☐ le(s) titulaire(s) proposant(s) ☐ la personne à assurer ☐
2. Avez-vous perçu une somme d'argent ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, veuillez indiquer la somme perçue \$ Date (jj/mm/aaaa)
3. Date spéciale requise ?
4. Justification d'assurabilité – J'ai demandé ce qui suit :
 Profil sanguin ☐ Examen paramédical ☐ Analyse d'urine ☐
 Autre (précisez)
☐ Compagnie de services paramédicaux utilisée
5. **Déclaration du conseiller :**

J'ai expliqué clairement les dispositions et restrictions de la police demandée et, de la note de couverture (le cas échéant) et le convention d'assurance temporaire (le cas échéant), à la personne à assurer et aux titulaires proposés. J'ai posé distinctement toutes les questions comprises dans la proposition ou la personne à assurer et les titulaires proposés les ont lues distinctement. À ma connaissance, ils ont compris toutes les questions. 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, 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 de la personne à assurer. Il est entendu que je ne suis pas habilité à modifier la proposition, la note de couverture et/ou l'accord d'assurance temporaire, 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 conseiller				
Nom du conseiller				
Nom de la société du conseiller				
Bureau de commercialisation				
Part de la commission	%	Code du conseiller attitré 	%	Code du conseiller



Assurances

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

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



Assurances