

Modification – Régime d'Indemnités pour perte de Salaire

(à ne pas utiliser avec le produit Série Avant-garde)



Assurances

►► 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 X

Signature du titulaire X

Fait à

(Ville/Province)

le

jour de

(Mois/Année)

Compagnie d'assurance vie RBC
C.P. 515, Succursale « A », Mississauga (Ontario) L5A 9Z9
1-800461-1413 www.rbcassurances.com