Assurance collective
Demande de prestations d'invalidité

Assurances

Nom du client : _____

Numéro(s) de police : _____

Nom de l'employeur (s'il y a lieu) : _____

REMPLIR LA FORMULE :

Nous voulons nous assurer que votre demande de prestations est traitée correctement et rapidement. Pour accélérer le processus, nous avons élaboré la présente demande de prestations d'invalidité de manière à obtenir le plus de renseignements possible au début du processus. Ces renseignements nous aideront à déterminer les prestations auxquelles vous avez droit au titre du contrat que vous détenez auprès de nous.

VEUILLEZ NOTER QUE VOTRE MÉDECIN DEVRA REMPLIR UNE « DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT » CONCERNANT VOTRE DIAGNOSTIC. POUR OBTENIR LE FORMULAIRE PERTINENT, VEUILLEZ NOUS APPELER OU CONSULTER NOTRE SITE WEB À L'ADRESSE WWW.RBC.COM

LES FORMULES DOIVENT PARVENIR À LA COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE RBC, DÛMENT REMPLIES, DANS LES 90 JOURS SUIVANT LE DÉBUT DE L'INVALIDITÉ.

Envoyer la formule dûment remplie et les documents par courriel à nos bureaux : intake@rbc.com

Vous pouvez également envoyer les renseignements par télécopieur au : Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes, 1 800 714-8861.

Si vous avez des questions, appelez-nous au 416 643-4700 ou au numéro sans frais 1 877 519-9501.
Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes, C.P. 4435, succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8
www.rbcassurances.com

Veuillez indiquer tous les numéros de police de RBC Assurances® :

_____

_____

_____

DÉCLARATION D'INVALIDITÉ DU CLIENT

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom légal : Nom de famille | Prénom | Second prénom

Sexe assigné à la naissance : _____ Genre de préférence : _____

Adresse (app. / rue / ville / province / code postal) | Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Précisez l'adresse postale (si elle diffère de celle-ci-dessus)

N° de téléphone (domicile) : (_____) _____ N° de téléphone (bureau) : (_____) _____

N° de téléphone cellulaire : (_____) _____

Adresse de courrier électronique : _____ N° de carte d'assurance maladie : _____

Raison pour laquelle vous avez cessé de travailler :

Maladie : ☐ Accident : ☐ Accident d'automobile : ☐ Maladie professionnelle : ☐ Accident professionnel : ☐ Autre : ☐

Si vous avez cessé de travailler en raison d'une maladie, veuillez fournir des détails sur l'évolution de votre maladie. Si vous avez cessé de travailler à la suite d'un accident ou d'une blessure, veuillez fournir des détails sur l'incident ; indiquez comment, quand et où il s'est produit :

Veuillez indiquer le ou les diagnostics que votre fournisseur de traitement vous a fournis comme raison d'arrêter de travailler. Veuillez également indiquer les symptômes et les restrictions ou limitations d'ordre médical qui vous empêchent de travailler à temps plein ou à temps partiel :

Quand les symptômes se sont-ils manifestés pour la première fois ? (JJ/MM/AAAA) ____ /____ /_____

Date à laquelle vous avez repris ou reprendrez le travail ? (JJ/MM/AAAA) : À temps plein ___ /___ /_____ À temps partiel ___ /___ /_____

TRAITEMENT

1. Énumérez tous les médecins/fournisseurs de soins de santé/hôpitaux qui vous ont traités ou qui vous traite pour cette affection (cela comprend le médecin de famille, les médecins-conseils, les physiothérapeutes, les chiropraticiens, les psychologues, les conseillers et les thérapeutes) – inscrivez tout autre professionnel de la santé sur une feuille séparée :

_____

Nom du médecin de famille (médecin généraliste)

_____(_____)_____|_____

Adresse (rue/ville/province/code postal) | N° de téléphone | Date(s) de la consultation (JJ/MM/AAAA)

_____

Médecin/fournisseur de soins de santé

_____(_____)_____|_____

Adresse (rue/ville/province/code postal) | N° de téléphone | Date(s) de la consultation (JJ/MM/AAAA)

2. Hôpital où vous avez reçu des soins ou été vu en consultation externe pour quelque raison que ce soit (énumérez tout autre hôpital sur une feuille séparée)

_____|_____

Hôpital / établissement | Raison

_____

Adresse (rue/ville/province/code postal)

_____|_____

Date d'admission (JJ/MM/AAAA) | Date de congé (JJ/MM/AAAA)

PROFESSION

1. Quel est le nom de votre employeur ? _____

2. Combien d'heures par semaine travailliez-vous avant de présenter cette demande de règlement ? _____ Heures par semaine ?

3. Exercez-vous plus d'une profession ? Oui ☐ Non ☐ Dans l'affirmative, donnez la liste de toutes les professions et de tous les employeurs

_____

SALAIRE

1. Veuillez indiquer quel était votre rémunération ou salaire avant de présenter cette demande de règlement :

_____ $ par _____ (p. ex., heure, année)

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

REVENUS PROVENANT D'AUTRES SOURCES

- ☐ Assurance salaire
- ☐ Assurance invalidité de courte durée
- ☐ Assurance-emploi
- ☐ Assurance hypothécaire
- ☐ RPC / RRQ
- ☐ Assurance automobile
- ☐ Régime de rente de retraite
- ☐ Autre
- ☐ Assurance invalidité individuelle
- ☐ CAT / CSST
- ☐ Assurance collective par l'intermédiaire d'une association

Veuillez fournir des précisions sur chaque source de revenu :

Dénomination sociale ou type de régime public : _____

N° de dossier _____ Date de soumission de la demande (JJ/MM/AAAA) _____

Montant de la prestation _____ $ par semaine ☐ aux deux semaines ☐ par mois ☐

Nom de la personne-ressource _____ Téléphone (_____) _____

Dénomination sociale ou type de régime public : _____

N° de dossier _____ Date de soumission de la demande (JJ/MM/AAAA) _____

Montant de la prestation _____ $ par semaine ☐ aux deux semaines ☐ par mois ☐

Nom de la personne-ressource _____ Téléphone (_____) _____

Dénomination sociale ou type de régime public : _____

N° de dossier _____ Date de soumission de la demande (JJ/MM/AAAA) _____

Montant de la prestation _____ $ par semaine ☐ aux deux semaines ☐ par mois ☐

Nom de la personne-ressource _____ Téléphone (_____) _____

DÉPÔT DIRECT

⑈000⑈ ⑆01234⑉001 1234 56⑉7⑈

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

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

Signature : _____ Date : _____

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

DOCUMENTS EXIGÉS

Veuillez joindre les documents suivants à la présente Déclaration :

- ☐ Une copie de tous les rapports de police ou d'incident *(si votre blessure est attribuable à un accident ou à un incident déclaré à la police)*
- ☐ La correspondance reçue de tous les assureurs automobile et autres assureurs
- ☐ La correspondance reçue des autres sources de revenu *(p. ex., ICD, AE, CAT/CSST, RRQ/RPC, etc.)*
- ☐ Une preuve de revenu
- ☐ Copies des renseignements médicaux disponibles
- ☐ Déclaration du médecin traitant

Assurances

AUTORISATION DU CLIENT

AVIS RELATIF À LA FRAUDE

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

Je, _____ , déclare que les renseignements ci-dessus sont
(en caractères d'imprimerie)
véridiques et complets à ma connaissance.

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

AUTORISATION

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

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

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

Votre autorisation de divulguer des renseignements personnels

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

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

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

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

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

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

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

_____ Numéro d'assurance sociale : ☐☐☐–☐☐☐–☐☐☐
Nom du client (en caractères d'imprimerie)

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

_____
Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Envoyer la formule dûment remplie et les documents par courriel à nos bureaux : intake@rbc.com

Vous pouvez également envoyer les renseignements par télécopieur au : Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes, 1 800 714-8861.

Si vous avez des questions, appelez-nous au 416 643-4700 ou au numéro sans frais 1 877 519-9501.
Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes, C.P. 4435, succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8
www.rbcassurances.com

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

COLLECTE, UTILISATION ET COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Collecte de vos renseignements personnels

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

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

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

Utilisation de vos renseignements personnels

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

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

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

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

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

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

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

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

Votre droit d'accès à vos renseignements personnels

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

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

Avis de protection des renseignements personnels

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

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