

Demande de Suppression Modification – Régime d'Indemnités pour perte de Salaire Série Fondamentale®



Assurances

Selon nos dossiers, votre police fait partie d'un régime d'indemnités pour perte de salaire auquel vous ne participez plus.

La formule Modification - régime d'indemnités pour perte de salaire annexée à votre police Série Fondamentale stipule que si vous cessez de participer au régime d'indemnités pour perte de salaire, la prestation mensuelle prévue par votre police sera ramenée au montant équivalent à la limite de souscription non imposable de la Série Fondamentale actuellement en vigueur ou celle qui était en vigueur au moment où l'assurance a été établie à l'origine, si cette dernière est plus avantageuse pour vous.

Toutefois, selon votre revenu actuel, vous pourriez avoir le droit de maintenir votre prestation mensuelle actuelle. Veuillez nous faire parvenir les renseignements suivants aux fins d'examen :

Employé – Indiquez votre revenu d'emploi annuel¹ : _____ \$

Travailleur autonome – Indiquez soit votre revenu d'entreprise annuel¹ plus votre revenu d'emploi annuel¹ que vous recevez de l'entreprise soit 50 % de votre chiffre d'affaires brut annuel¹ : _____ \$

Indiquez le montant mensuel de toute autre assurance invalidité que vous conservez (toute assurance invalidité autre que celle prévue au titre de la présente police) : _____ \$

¹ Voir le sommaire des caractéristiques de la Série Fondamentale pour plus de renseignements sur ces termes.

En caractères d'imprimerie.

Nom au complet _____ Numéro(s) de police _____

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____

Numéro(s) de téléphone : Travail _____ Résidence et/ou cellulaire _____

Adresse électronique : _____

Adresse postale : _____

TYPE DE MODIFICATION DEMANDÉE :

Suppression de la formule Modification - régime d'indemnités pour perte de salaire de la police en titre.

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et véridiques. Je comprends qu'au moment de déterminer le montant d'assurance auquel j'ai droit, la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) se fiera aux renseignements que j'ai fournis au sujet de mon revenu et de toute couverture d'assurance invalidité que je compte conserver, notamment toute couverture que je détiens à l'heure actuelle auprès de RBC Vie. Je comprends que les prestations de la présente police sont coordonnées avec celles d'autres polices d'assurance invalidité, et je reconnais que si je n'ai pas divulgué avec exactitude mon salaire actuel ou toutes les assurances en vigueur, les prestations payables au titre de la police peuvent être réduites.

Fait à _____ Date _____
(Ville, province) (jj/mm/aaaa)

Signature de l'assuré _____