

Proposition pour l'ajout d'une police Assurance Invalidité en vigueur à un Régime d'indemnités pour perte de salaire (RIPS)*

*ne pas utiliser pour les séries Fondamentale ni Avant-garde



Assurances

Nom de l'assuré (prénom, nom de famille): _____ Numéro de la police: _____

A. AJOUTER MA POLICE À UN RÉGIME D'INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE (RIPS)

Choisir l'une des options suivantes :

- ☐ Ajouter ma police à un RIPS – **Aucun changement à la prestation mensuelle.** (passez à la section B)
- ☐ Ajouter ma police à un RIPS – **Utiliser l'option d'assurance additionnelle revenu futur (OAARF) pour augmenter ma prestation mensuelle.** (Cette option est disponible seulement sous les séries Professions et Fondations et seulement si ma police comprend l'avenant OAARF. La tarification financière est applicable, et une preuve de revenu est exigée.)

Questions d'admissibilité pour une augmentation de la couverture:

Travaillez-vous activement au moins 30 heures par semaine? ☐ Oui ☐ Non

Si "**non**", l'augmentation de la prestation mensuelle n'est pas disponible

Êtes-vous actuellement invalide ou avez-vous été invalide au cours des 12 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non

Si "**oui**", l'augmentation de la prestation mensuelle n'est pas disponible

Montant d'augmentation demandé: _____ \$ ou ☐ Ajouter le montant maximal auquel j'ai droit

B. TRANSFERT DE TOUS LES DROITS DANS LE CONTRAT À:

Nom de la société: _____

Adresse postale de la société: _____

Lien entre l'assuré et la société:

- ☐ Salarié, sans participation dans l'entreprise
- ☐ Actionnaire actif, recevant un salaire

Quel pourcentage d'actions ordinaires avec droit de vote détenez-vous ? _____ %

Quel est le mois de la fin de l'exercice financier de la société ? _____

Note: Les actionnaires ne recevant pas un salaire déclaré sur un T4 ne sont pas admissibles à un RIPS

C. AUTRE(S) ASSURÉ(S)

Nom(s) de l'assuré ou des autres assurés à couvrir par ce RIPS: _____

Numéro(s) de police(s) de l'assuré ou des autres assurés à couvrir par ce RIPS: _____

D. AVENANT SOINS DE COMPASSION FAMILIALE (Compléter cette section seulement si votre police comprend l'avenant soins de compassion familiale)

Si ma police comprend l'avenant soins de compassion familiale, j'autorise la suppression de l'avenant afin d'être admissible à un RIPS

☐ Oui ☐ Non

Si "**non**", la police ne peut pas être ajoutée à un RIPS.

Demande sans OAARF, envoyez à: RBCInsClientServices@rbc.com

Demande avec OAARF, envoyez à FIOapps@rbc.com

Compagnie d'assurance vie RBC, C.P. 515, Succursale « A », Mississauga (Ontario) L5A 9Z9

1-800-461-1413 www.rbcassurances.com

COMPLÉTER LES SECTIONS E & F SEULEMENT SI VOUS DEMANDEZ UNE AUGMENTATION DE LA COUVERTURE
L'option est disponible aux polices émises sous les séries Professions et Fondations seulement

E. REVENUS GAGNÉS PROVENANT DE VOTRE EMPLOI

☐ Employé salarié, sans participation dans l'entreprise :

Quel est votre salaire annuel actuel ? _____ \$

Veillez soumettre votre Déclaration de revenus – T1 générale fédérale (toutes les pages jusqu'à la ligne 26000 inclusivement).

☐ Actionnaire d'une société constituée en société:

Quel a été votre revenu gagné* au cours de la dernière année fiscale de la société ? _____ \$

**Votre revenu gagné est égal à votre salaire et bonis plus votre part du revenu net de l'entreprise, après les dépenses mais avant les impôts*

Veillez soumettre votre dernier état des résultats, bilan de l'entreprise et votre Déclaration de revenus – T1 générale fédérale pour l'année qui correspond le mieux à la fin de l'exercice financier de la société (toutes les pages jusqu'à la ligne 26000 inclusivement).

F. AUTRE COUVERTURE ASSURANCE INVALIDITÉ

Avez-vous une assurance invalidité en vigueur ou à l'étude en plus de votre couverture avec RBC Assurances? ☐ Oui ☐ Non
 Si "oui", veuillez nous informer de votre autre assurance invalidité dans le tableau ci-dessous.

Notes: ILD = invalidité à long terme, ICD = invalidité à court terme.

Nom de l'assureur	Type d'assurance invalidité	Indemnité mensuelle	Délai de carence	Période d'indemnisation	Annulez-vous ou modifiez-vous cette couverture?
	☐ Individuelle ☐ Association ☐ Groupe - ICD ☐ Groupe - ILD ☐ Autre: _____ _____	_____ \$ Imposable? ☐ Oui ☐ Non	☐ 30 jours ☐ 60 jours ☐ 90 jours ☐ 120 jours ☐ Autre: _____ _____	☐ Jusqu'à l'âge de 65 ans ☐ Autre: _____ _____	☐ Non ☐ Annulez ☐ Modifiez Si vous modifiez, précisez: _____ _____
	☐ Individuelle ☐ Association ☐ Groupe - ICD ☐ Groupe - ILD ☐ Autre: _____ _____	_____ \$ Imposable? ☐ Oui ☐ Non	☐ 30 jours ☐ 60 jours ☐ 90 jours ☐ 120 jours ☐ Autre: _____ _____	☐ Jusqu'à l'âge de 65 ans ☐ Autre: _____ _____	☐ Non ☐ Annulez ☐ Modifiez Si vous modifiez, précisez: _____ _____
	☐ Individuelle ☐ Association ☐ Groupe - ICD ☐ Groupe - ILD ☐ Autre: _____ _____	_____ \$ Imposable? ☐ Oui ☐ Non	☐ 30 jours ☐ 60 jours ☐ 90 jours ☐ 120 jours ☐ Autre: _____ _____	☐ Jusqu'à l'âge de 65 ans ☐ Autre: _____ _____	☐ Non ☐ Annulez ☐ Modifiez Si vous modifiez, précisez: _____ _____

Si vous bénéficiez d'une assurance collective, accepteriez-vous l'addition d'une modification coordonnatrice Groupe, si nécessaire?
☐ Oui ☐ Non

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
1-800-461-1413 www.rbcassurances.com

83569-A (09/2019)

Afin d'acquitter les primes des polices suivantes :

Numéro(s) de la ou des polices collectives	Nom de l'entreprise

Convention de débit préautorisé (DPA)

Veuillez lire avec attention la section intitulée « Collecte et utilisation 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 débiter mensuellement le ou les comptes bancaires qu'ils détiennent à l'institution financière nommée ci-dessous (ou à toute autre institution financière qu'ils pourraient désigner ultérieurement) pour acquitter la ou les primes conformément au calendrier de versement des primes de la ou des polices susmentionnées, y compris la prime initiale. RBC Vie pourrait débiter de nouveau le compte dans les 30 jours suivant la non-acceptation d'un débit.
- (b) **RBC Vie est dispensée d'envoyer un préavis avant de débiter la prime initiale, ou en cas de changement du montant du débit.**
- (c) À moins d'indication contraire dans la section Directives spéciales ci-dessous, les débits seront effectués le jour du mois auquel la prime de la police est exigible, ou si cette convention s'applique à plus d'une police, les débits seront alors effectués à la date de débit de la ou des polices en vigueur.
- d) Ils s'engagent à informer par écrit RBC Vie de tout changement aux renseignements sur le compte indiqué ci-dessous au moins cinq jours avant le prochain débit prévu. Ils conviennent qu'à l'occasion, ils peuvent autoriser RBC Vie à débiter un autre compte, suivant les instructions verbales ou écrites du ou des payeurs.
- e) Le ou les payeurs peuvent révoquer cette autorisation en tout temps moyennant un préavis de 10 jours. RBC Vie peut mettre fin à cette convention moyennant un préavis de résiliation par écrit d'au moins 10 jours, et ce, pour toutes les polices visées par la convention. Le ou les payeurs peuvent obtenir un spécimen d'avis d'annulation ou de l'information supplémentaire sur leurs droits concernant la résiliation de la convention de DPA en consultant le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca.
- f) En cas de contestation d'un DPA, le ou les payeurs conviennent d'en informer RBC Vie. En cas de recours, ce DPA est considéré s'appliquer à un compte personnel.
- g) Le ou les payeurs ont certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à la présente convention. Par exemple, le ou les payeurs ont le droit de recevoir un remboursement pour tout DPA non autorisé ou non conforme à la présente convention. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur leurs droits de recours, le ou les payeurs peuvent communiquer avec leur institution financière ou consulter le site www.cdnpay.ca.
- h) Les noms et signatures de toutes les personnes dont l'autorisation est requise pour effectuer les débits sur le compte sont fournis ci-dessous.
2. À ajouter au DPA en vigueur de la ou des polices numéros _____
3. Directives spéciales (les débits ne peuvent avoir lieu que du 1er au 28e jour du mois) _____
4. Signature et titre du signataire autorisé de l'entreprise _____
5. **Type de débit préautorisé** **Personnel** ☐ **Entreprise** ☐

Coordonnées bancaires :

Veillez 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

Fait 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)

VEUILLEZ JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE PORTANT LA MENTION «NUL» (s'il y a lieu)
Cliquez dans la zone grise ci-dessous, puis sur **Parcourir**. Trouvez l'image de votre chèque et cliquez sur OK.

CHÈQUE PORTANT LA MENTION « NUL »

CONVENTION

Dans cette convention, la Compagnie d'assurance RBC Vie est appelée la "Compagnie".

Il est entendu et convenu que :

1. J'ai lu les déclarations et les réponses données dans la présente proposition. Elles sont véridiques, complètes, et correctement déclarées. Elles feront partie intégrante de la proposition et constitueront la base de toute augmentation de l'assurance émise sur celle-ci, le cas échéant.
2. Tous les droits et intérêts dans le présent contrat d'assurance sont cédés au nouveau titulaire du contrat. Cette cession met fin à toute désignation de bénéficiaire existante pour la Prestation de survie et/ou l'avenant Décès et mutilation accidentels (le cas échéant), à l'exception d'une désignation de bénéficiaire irrévocable, qui ne sera résiliée que si ce bénéficiaire y consent ci-dessous.
3. L'assuré et le nouveau titulaire s'engagent à indemniser et à dégager de toute responsabilité la Compagnie de toutes pertes, toutes dépenses, tous frais et tous dommages par suite d'une réclamation, d'une poursuite, d'une action en justice ou d'un jugement intenté contre la Compagnie sur la base d'un acte ou d'une omission de l'assuré ou du nouveau titulaire.
4. J'ai lu et compris la section intitulée « Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels » et j'accepte ses conditions.
5. **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 une augmentation de la couverture est demandée, il est aussi entendu et convenu que :

6. Le fait de ne pas déclarer une couverture en vigueur ou à l'étude peut compromettre l'admissibilité à une augmentation de la couverture et peut signifier qu'il n'y aura pas d'augmentation de la couverture. Si cette proposition indique qu'une police en vigueur ou à l'étude sera annulée ou modifiée, ceci doit se faire dès l'approbation de cette demande d'augmentation. L'annulation ou la modification de cette police en vigueur ou à l'étude est une condition d'approbation, et l'augmentation de la couverture ne prendra effet que si cette police en vigueur ou à l'étude est annulée ou modifiée.
7. Le montant de l'augmentation accordée, même s'il est inférieur à celui demandé, sera calculé en fonction du montant auquel j'ai droit. La compagnie n'est pas obligée de m'informer si le montant demandé et le montant accordé sont différents.
8. Ma demande est soumise à l'approbation de la Compagnie. Si elle est approuvée, la modification de la police entrera en vigueur à la prochaine date d'anniversaire mensuelle de la police après l'approbation de la demande, à condition que:
 - 1) le prochain débit préautorisé pour la nouvelle prime est honoré sur présentation par la Compagnie; et
 - 2) toutes les conditions relatives à la modification de la police ont été satisfaites, notamment la réception et l'approbation par la Compagnie de toutes les modifications et annexes, signées par moi, nécessaires à la modification de la police dans le délai prévu par la Compagnie; et
 - 3) aucun changement ne soit survenu dans mon assurabilité entre la date de signature de cette proposition et la date de réception de l'Avenant de modification de police. J'informerai sans délai la Compagnie, par écrit, de tout changement touchant les réponses données dans la présente demande si à la date à laquelle je reçois l'Avenant de modification de police j'aurais donné des réponses différentes aux questions de cette proposition.
9. La clause d'incontestabilité de la police s'appliquera à l'augmentation de la couverture pendant deux ans, à compter de la date d'effet de l'augmentation.

Signé à le jour de

(ville/province)

(mois/année)

Signature de la personne assurée

Signature du nouveau titulaire

Signature du titulaire actuel (s'il diffère de la personne assurée)

Fournir le titre du signataire autorisé de l'entreprise

Signature du bénéficiaire irrévocable ou privilégié (s'il y a lieu)

Remarque: La proposition doit être signée par un dirigeant de la société, qui n'est pas la personne assurée (sauf si la personne assurée est le seul dirigeant de la société).



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 ;
- 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 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.

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 services 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 de l'État, des organismes publics ou d'autres entités habilitées à soumettre de telles demandes, et (iii) pour faire connaître à d'autres sociétés de RBC vos choix au titre de la section « *Autres utilisations de vos renseignements personnels* » dans le seul but de les faire respecter.

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

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



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

Autres utilisations de vos renseignements personnels

- Nous pouvons utiliser ces renseignements pour faire, auprès de vous, la promotion de nos produits et services, ainsi que ceux de tiers choisis et susceptibles de vous intéresser. Nous pouvons communiquer avec vous par divers modes de communication, notamment le téléphone, l'ordinateur ou la poste, en utilisant les coordonnées que vous nous avez transmises.
- Nous pouvons également, lorsque la loi le permet, divulguer vos renseignements à d'autres sociétés de RBC, afin de vous recommander à elles ou de promouvoir les produits et services qui sont susceptibles de vous intéresser. Nous et les sociétés de RBC pouvons communiquer avec vous par divers modes de communication, notamment le téléphone, l'ordinateur ou la poste, en utilisant les coordonnées que vous nous avez transmises. Vous convenez que, si un tel échange de renseignements survient, ces sociétés peuvent nous informer des produits ou services fournis.
- Si vous faites aussi affaire avec d'autres sociétés de RBC, nous pouvons, si la loi le permet, combiner ces renseignements à des renseignements que ces sociétés détiennent à votre sujet, afin de nous permettre, à nous ou à n'importe laquelle d'entre elles, de gérer votre relation avec les sociétés de RBC et avec nous.

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

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

Votre droit d'accès à vos renseignements personnels

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

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.