Droit de transfert de la temporaire RBC (Simplifiée)

Assurances

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

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.

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 pourrons 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* ».

DÉTACHER ET REMETTRE À LA PERSONNE À ASSURER

COLLECTE, UTILISATION ET COMMUNICATION DES 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.

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 lucratif 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
Site Web : 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 et 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.

Assurances

DROIT DE TRANSFERT DE LA TEMPORAIRE RBC – FORMULAIRE DE CHANGEMENT (SIMPLIFIÉE)

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(« Vous » et « votre » s'entendent de la personne à assurer)

N° de la police d'origine _____ Capital assuré initial _____

PERSONNE À ASSURER A

(Cochez une case)

M☐ Mme☐ Mlle☐ Dr☐ Dre☐ Autre☐ _____

1. Nom légal de la personne à assurer :
   a. Nom _____
   b. Prénoms _____
   c. Date de naissance :
   Jour _____ Mois _____ Année _____
   d. Sexe : H☐ F☐
   ▶▶ e. Comprenez-vous le français ou l'anglais ?
   Oui☐ Non☐
   f. Voulez-vous un contrat en anglais ? Oui☐ Non☐

2. Adresse du domicile: a. Numéro _____
   b. Rue _____
   c. Ville _____
   d. Province _____ e. Code postal _____
   f. Numéro de téléphone à domicile ( )
   Numéro de téléphone au travail ( )
   Numéro de téléphone cellulaire ( )
   g. Adresse électronique _____

PERSONNE À ASSURER B

(Cochez une case)

M☐ Mme☐ Mlle☐ Dr☐ Dre☐ Autre☐ _____

3. Nom légal de la personne à assurer :
   a. Nom _____
   b. Prénoms _____
   c. Date de naissance :
   Jour _____ Mois _____ Année _____
   d. Sexe : H☐ F☐
   ▶▶ e. Comprenez-vous le français ou l'anglais ?
   Oui☐ Non☐

Si non, veillez à ce qu'une Déclaration d'entente soit signée par la personne à assurer et le(s) titulaire(s) proposé(s) et soit jointe à la proposition.

4. Adresse du domicile :
   ▶▶ **Même que celle de la personne à assurer A** ☐

   OU a. Numéro _____
   b. Rue _____
   c. Ville _____
   d. Province _____ e. Code postal _____
   f. Numéro de téléphone à domicile ( )
   Numéro de téléphone au travail ( )
   Numéro de téléphone cellulaire ( )
   g. Adresse électronique _____

5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de:
   a) Tabac, autre qu'un gros cigare par mois ; ou
   b) Feuilles ou de noix de bétel, plus d'une fois par mois ; ou
   c) Cigarettes électroniques, produits de vapotage, de pipes à eau, de produits à base de nicotine ou de produits de désaccoutumance au tabac ?

Personne à assurer		
A:	Oui☐	Non☐
B:	Oui☐	Non☐

▶▶ **Si vous avez répondu par oui, le tarif fumeur sera appliqué.**

ASSURANCE PROPOSÉE

La couverture doit être égale ou inférieure au montant actuel de la police en vigueur.

6. Assurance sur une tête ☐
   Assurance conjointe premier décès ☐

PourVous RBC® ▶▶ _____ ans (10-40)

Veuillez préciser le montant d'assurance vie demandé

_____ $

Le couverture doit être égale ou inférieure au montant actuel de la police en vigueur.

ASSURANCE PROPOSÉE, cont.

7.

Personne à assurer	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	Garantie en cas de décès accidentel
A:	Oui ☐ Non ☐	$
B:	Oui ☐ Non ☐	$

8. **Exonération des primes de décès et à l'invalidité du payeur** ☐

Nom du payeur _____

Date de naissance _____ Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s) _____

9. **Avenant d'assurance temporaire pour enfants** ☐

▶▶ **Veuillez remplir la proposition d'avenant d'assurance temporaire pour enfants aux pages 9 et 10.**

Montant d'assurance de chaque enfant assuré _____ $

COORDONNÉES

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

Téléphone au domicile ☐ Travail ☐ Cellulaire ☐ Numéro _____

BÉNÉFICIAIRE

Tous les bénéficiaires sont révocables, sauf au Québec où la désignation du conjoint légal (par mariage ou union civile) du titulaire est irrévocable, sauf s'il est expressément indiqué qu'elle est révocable. Si vous nommez un bénéficiaire irrévocable, vous devez savoir que le consentement du bénéficiaire irrévocable est nécessaire pour modifier la désignation du bénéficiaire et pour effectuer tout changement ayant une incidence sur la valeur de la police. Un mineur ne peut pas donner ce consentement. Dans toutes les provinces, à l'exception du Québec, si le bénéficiaire est un mineur, il faut nommer un fiduciaire afin d'éviter un paiement au tribunal. Remplissez la section Nomination d'un fiduciaire à la page 6. Au Québec, les prestations payables aux mineurs sont versées au(x) parent(s) survivant(s) à titre de tuteur(s).

Si tous les bénéficiaires décèdent avant la personne à assurer, les sommes assurées sont payables au bénéficiaire subsidiaire, s'il y a lieu, sinon au titulaire ou aux ayants droit du titulaire.

Assurez-vous que le total des parts des bénéficiaires principaux et subsidiaires est respectivement de 100 %.

10.

Personne à assurer A	Personne à assurer B	Nom au complet du bénéficiaire (Prénom) (Second prénom) (Nom de famille)	Révocable ou irrévocable	Lien avec la personne à assurer (au Québec, le titulaire proposé)	Bénéficiaire principal ou subsidiaire	Part (%)
☐	☐					
☐	☐					
☐	☐					
☐	☐					
☐	☐					
☐	☐					

Nom de fiduciaire _____

Lien avec la personne à assurer _____

DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE

▶▶ À remplir si le titulaire proposé désire nommer un fiduciaire comme bénéficiaire et qu'un fiduciaire n'a pas déjà été nommé aux termes d'une convention de fiducie écrite.

Cette nomination s'applique aux prestations payables à tout bénéficiaire désigné en vertu de la police qui, au moment de recevoir les prestations, est mineur ou n'a pas la capacité juridique nécessaire pour donner décharge valide. Tout versement fait au fiduciaire libérera la Compagnie d'assurance vie RBC jusqu'à concurrence du montant versé.

J'autorise le fiduciaire, à sa seule discrétion, à employer ces prestations pour l'entretien ou l'instruction du bénéficiaire et à exercer les droits du bénéficiaire en vertu de la police.

La fiducie établie pour tout bénéficiaire prendra fin lorsque ce bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité et aura également la capacité juridique nécessaire pour donner décharge valide, et j'ordonne au fiduciaire de verser à ce moment-là au bénéficiaire l'actif détenu en fiducie pour ce bénéficiaire. Je me réserve le droit, personnellement ou par l'entremise de mon représentant personnel (au Québec : mon tuteur, curateur, liquidateur ou mandataire en cas d'incapacité), de nommer par écrit un nouveau fiduciaire qui remplacera l'ancien.

Je nomme _____
Prénom | Second prénom | Nom de famille

en qualité de fiduciaire, pour recevoir, en fiducie, les prestations payables en vertu de la police.

Lien avec la personne à assurer _____

TITULAIRE(S) PROPOSÉ(S)

11. a. Personne à assurer A ☐ Personne à assurer B ☐

Personnes à assurer A et B en tenance conjointe* ☐
Le cas échéant, quel est le lien entre les personnes à assurer A et B ? _____

Autre ☐ (Veuillez remplir la section ci-dessous)

b. **(Cochez une case)** M☐ Mme☐ Mlle☐ Dr☐ Dre☐ c. Prénom ou nom de l'entreprise _____

d. Second prénom _____ e. Nom de famille _____

f. Lien avec les personnes à assurer A et B _____

g. Adresse postale (à des fins de facturation et de correspondance) Numéro et rue _____

h Ville _____ i. Province _____ j. Code postal _____

k. À l'attention de _____ l. Adresse électronique _____

* Dans le cas d'un contrat en tenance conjointe, le droit de survie est implicite, sauf indication contraire. (Au Québec les titulaires doivent se désigner réciproquement titulaires subrogés s'ils désirent le droit de survie.)

COTITULAIRE PROPOSÉ (si la tenance conjointe n'est pas entre les personnes à assurer A et B)

12. a. **(Cochez une case)** M☐ Mme☐ Mlle☐ Dr☐ Dre☐ b. Prénom ou nom de l'entreprise _____

c. Second prénom _____ d. Nom de famille _____

e. Lien avec les personnes à assurer A et B _____

f. Adresse postale (à des fins de facturation et de correspondance) Numéro et rue _____

g Ville _____ h. Province _____ i. Code postal _____

j. À l'attention de _____ k. Adresse électronique _____

l. Lien avec l'autre cotitulaire proposé _____

La tenance conjointe est avec droit de survie, sauf indication contraire. (Au Québec, les titulaires proposés doivent se désigner l'un l'autre titulaire subrogé s'ils désirent bénéficier du droit de survie.)

TITULAIRE SUBROGÉ

▶▶ À remplir en cas de souscription de l'avenant d'assurance temporaire pour enfants.

Si tous les titulaires décèdent avant la personne à assurer, en l'absence de la désignation d'un titulaire subrogé, la propriété de la police est transférée aux ayants droit du dernier titulaire de police décédé.

13. a. **(Cochez une case)** M☐ Mme☐ Mlle☐ Dr☐ Dre☐ b. Prénom ou nom de l'entreprise _____

c. Second prénom _____ d. Nom de famille _____

e. Lien avec les personnes à assurer A et B _____

QUESTIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE MODE DE VIE

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.

1. **Personne à assurer**

A: Taille actuelle _____ cm ☐ pi/po ☐ Poids actuel _____ kg ☐ lb ☐

B: Taille actuelle _____ cm ☐ pi/po ☐ Poids actuel _____ kg ☐ lb ☐

2.	Recevez-vous actuellement une forme quelconque d'aide sociale autres que l'assurance emploi ou exercez-vous l'une des professions suivantes : travailleur dans l'industrie de la marijuana, mineur ou carrier, ouvrier spécialiste du travail sur hauts échafaudages, boutefeu ou préposé à la manutention d'explosifs, monteur de ponts, de charpentes métalliques ou de structures en acier, plongeur professionnel, travailleur sur une plateforme pétrolière, travailleur de l'aide à l'étranger, journaliste correspondant à l'étranger, diplomate, travailleur de l'exploitation forestière, personnel militaire, gouvernante ou étudiant ?	**A:** Oui ☐ Non ☐ **B:** Oui ☐ Non ☐	
3.	Avez-vous déjà souffert ou vous a-t-on déjà dit que vous souffriez du SIDA ou du syndrome apparenté au SIDA ou avez-vous déjà été traité ou reçu des conseils relativement au SIDA ou au syndrome apparenté au SIDA ou avez-vous déjà reçu des résultats positifs au test de dépistage du VIH ?	**A:** Oui ☐ Non ☐ **B:** Oui ☐ Non ☐	
4.	Au cours des 24 derniers mois, avez-vous participé à des activités dans l'aviation en tant que pilote, élève pilote ou membre d'équipage, ou avez-vous pratiqué une activité ou un sport dangereux, notamment la course automobile, le saut à l'élastique, le saut en chute libre, le parachutisme, le vol en ultraléger, le deltaplane, la plongée sous-marine à plus de 100 pieds de profondeur, l'escalade de rocher, l'alpinisme, le ski hors-piste ou l'héliski, ou comptez-vous de le faire ?	**A:** Oui ☐ Non ☐ **B:** Oui ☐ Non ☐	
5.	Au cours des 5 dernières années, votre permis de conduire a-t-il été révoqué ou suspendu, avez-vous été reconnu coupable de conduite avec les facultés affaiblies ou de toute infraction liée à l'alcool, à la drogue, ou de nature criminelle ou de telles accusations ont-elles été portées contre vous ?	**A:** Oui ☐ Non ☐ **B:** Oui ☐ Non ☐	

Au cours des 10 dernières années, avez-vous reçu des soins ou des conseils médicaux, ou été suivi pour les troubles ci-après, ou encore, ceux-ci ont-ils été diagnostiqués ou en avez-vous présenté les symptômes :

6.	a) hypertension artérielle, taux élevé de cholestérol, accident vasculaire cérébral, lupus, asthme, apnée du sommeil ou toute affection ou tout trouble se rapportant au système respiratoire ou circulatoire, au cœur ou aux poumons ?	**A:** Oui ☐ Non ☐ **B:** Oui ☐ Non ☐	
	b) leucémie ou cancer, autre qu'un carcinome basocellulaire ?	**A:** Oui ☐ Non ☐ **B:** Oui ☐ Non ☐	
7.	polyarthrite rhumatoïde, diabète, hépatite, maladie du foie ou des reins, affections de l'estomac ou des intestins, sclérose en plaques, paralysie, ou autres affections du système nerveux central ?	**A:** Oui ☐ Non ☐ **B:** Oui ☐ Non ☐	
8.	dépression ou autres troubles mentaux, nerveux ou psychiatriques, abus d'alcool ou abus de drogues, ou avez-vous fait un usage fréquent (plus de 8 fois par mois) de marijuana ou de hachisch, ou avez-vous fait usage de drogues sans ordonnance, incluant, mais sans s'y limiter, la cocaine ?	**A:** Oui ☐ Non ☐ **B:** Oui ☐ Non ☐	
9.	maladie de Parkinson, déficience cognitive, troubles de la mémoire, démence, maladie d'Alzheimer, chorée de Huntington, maladie du motoneurone ou autre trouble neurologique ou cérébral ?	**A:** Oui ☐ Non ☐ **B:** Oui ☐ Non ☐	

RENSEIGNEMENTS SUR LA PRIME ET LE MODE DE PAIEMENT

Mode de paiement :

Plan de débit préautorisé mensuel (DPA) (Remplir l'accord de DPA ci-dessous) ☐ OU Annuel (facturation directe) ☐

ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

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

a. Ils autorisent la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) à effectuer en accord 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.

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. Les prélèvements auront lieu le jour du mois auquel la prime de la police est exigible.

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 conformé 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.

Coordonnées bancaires : Veuillez joindre un exemple 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 de banque

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)

PROPOSITION D'ASSURANCE – AVENANT D'ASSURANCE TEMPORAIRE POUR ENFANTS

Doit être un enfant naturel ou un enfant adopté de l'assuré désigné à la page 4.
Un titulaire subrogé doit être désigné dans la proposition principale (voir page 6).
Les enfants doivent avoir entre 14 jours et 20 ans.
Les enfants de 16 ans ou plus, ou de 18 ans ou plus au Québec, doivent signer la proposition.
Le bénéficiaire de cette assurance est la personne à assurer ou les personnes à assurer conjointement, aux termes de la police.

Nom des enfants

a. Prénom ☐ Second prénom ☐ Nom de famille ☐

Fille ☐ Garçon ☐ Date de naissance (jj/mm/aa) ☐

Taille ☐ ☐ cm ☐ pi/po Poids ☐ ☐ kg ☐ lb Lien avec la (les) personne(s) à assurer ☐

Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s) ☐

b. Prénom ☐ Second prénom ☐ Nom de famille ☐

Fille ☐ Garçon ☐ Date de naissance (jj/mm/aa) ☐

Taille ☐ ☐ cm ☐ pi/po Poids ☐ ☐ kg ☐ lb Lien avec la (les) personne(s) à assurer ☐

Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s) ☐

c. Prénom ☐ Second prénom ☐ Nom de famille ☐

Fille ☐ Garçon ☐ Date de naissance (jj/mm/aa) ☐

Taille ☐ ☐ cm ☐ pi/po Poids ☐ ☐ kg ☐ lb Lien avec la (les) personne(s) à assurer ☐

Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s) ☐

Antécédents médicaux des enfants

	OUI	NON
1. Une proposition d'assurance sur un enfant a-t-elle déjà été refusée, reportée ou modifiée de quelque façon que ce soit ?	☐	☐
2. L'un des enfants est-il atteint d'un handicap physique ou mental ou a-t-il déjà été atteint d'une maladie ou subi une blessure ayant nécessité un traitement ou une opération ?	☐	☐
3. L'un des enfants prend-il actuellement des médicaments ou lui a-t-on recommandé de suivre un traitement ou de passer une épreuve diagnostique sans y donner suite ?	☐	☐
4. Les enfants susnommés habitent-ils tous avec la personne à assurer ? Dans la négative, indiquez avec qui ils habitent et la fréquence des visites de la personne à assurer avec l'enfant.	☐	☐

5. Veuillez fournir la date, la raison et les résultats de la dernière visite de l'enfant chez un professionnel de santé. Indiquez dans l'espace ci-dessous le nom au complet du professionnel de santé, son titre professionnel, son adresse (y compris le code postal) et son numéro de téléphone.

Enfant	N° de la question	Précisions

Convention et autorisation – Avenant d'assurance temporaire pour enfants

J'atteste qu'à ma connaissance, les réponses aux questions sont exactes, complètes et véridiques et je conviens qu'elles font partie de ma proposition d'assurance vie auprès de la Compagnie d'assurance vie RBC.

J'autorise la Compagnie (la Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs) à mener les enquêtes nécessaires et à recueillir des renseignements personnels me concernant ou concernant mon enfant (désigné dans la proposition d'avenant d'assurance temporaire pour enfants jointe aux présentes). Il est entendu que la Compagnie créera et maintiendra des dossiers contenant des renseignements personnels qui me concernent ou qui concernent mon enfant. Il est entendu également que l'accès à mes renseignements personnels ou à ceux de mon enfant 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.

De plus, il est entendu que, sauf lorsque la Compagnie a le droit de limiter mon accès aux renseignements personnels me concernant ou concernant mon enfant, et qu'elle le fait légalement, je serai autorisé à étudier les copies des documents contenant ces 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(e) à demander de consulter ces documents et à y signaler toute erreur, et à demander à la Compagnie de les rectifier en lui faisant parvenir, par la poste, une demande écrite.

J'autorise les personnes, les institutions et les organisations énumérées ci-dessous à divulguer et à fournir à la Compagnie tout renseignement, dossier ou autres données me concernant ou concernant mon enfant, concernant mes antécédents ou traitements médicaux ou ceux de mon enfant, et concernant mon revenu et mes emplois passés et actuels ou ceux de mon enfant qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité et leur demande de le faire.

Personnes à qui la présente autorisation s'applique : Tout médecin autorisé, infirmier, conseiller, psychologue, travailleur social, thérapeute, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de réadaptation ou de 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 actuel ou celui de mon enfant, mes anciens employeurs ou ceux de mon enfant ; tout ministère ou organisme fédéral ou provincial, y compris les autorités fiscales fédérales et provinciales et les bureaux du ministère du Transport 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 ou concernant mon enfant. Cette autorisation visant à 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, ou à celui de mon enfant, 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 poussé 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 ou ceux de mon enfant 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 ou d'assurer mon enfant. 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 à _____ (Ville/Province) le _____ (Jour) de _____ (Mois/Année)

Signature des parents/tuteurs*

Signature des parents/tuteurs*

Signature de tout enfant de 16 ans ou plus (18 ans ou plus au Québec)

Signature de tout enfant de 16 ans ou plus (18 ans ou plus au Québec)

*Au Québec, s'il y a plus d'un tuteur, tous les tuteurs doivent signer, à moins qu'un des tuteurs n'ait obtenu une procuration l'autorisant à agir unilatéralement au nom de l'enfant.

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

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. Je comprends que la police sur laquelle le droit de transfert de la Temporaire RBC est exercé prendra fin à la date à laquelle la nouvelle police prend effet, même si le droit de transfert de la Temporaire RBC est exercé pour un montant inférieur au montant total du capital-décès de la police en vigueur.
2. 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 inexactes 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.
3. 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).
4. Une exclusion relative au suicide s'appliquera à la nouvelle Police pour une période de deux ans à compter de la date d'entrée en vigueur de la nouvelle Police
5. 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.
6. 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.
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.

Signé à _____ (Ville/Province) le _____ (Jour) de _____ (Mois/Année)

Signature de la personne à assurer A

Signature de la personne à assurer B

Signature du titulaire proposé (s'il n'est pas la personne à assurer A et/ou B)

Signature du cotitulaire proposé (s'il n'est pas la personne à assurer A et/ou B)

Si le titulaire est une personne morale, fournir le titre du signataire autorise. _____

Si le titulaire est un fiduciaire, indiquer la fiducie. _____

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 *Le cas échéant*	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 A **SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER B** **DATE (JJ/MM/AAAA)**

Signature des parents/gardiens (tuteurs* au Québec) si la personne à assurer A a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec).

Signature des parents/gardiens (tuteurs* au Québec) si la personne à assurer B a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec).

* Au Québec, s'il y a plus d'un tuteur, tous les tuteurs doivent signer, à moins qu'un des tuteurs n'ait obtenu une procuration l'autorisant à agir unilatéralement au nom de l'enfant.

AUTORISATION

Nom de la personne à assurer A _____ Nom de la personne à assurer B _____

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 lui faisant parvenir, par la poste, une demande écrite. 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 et mes emplois passés et actuels, mes études ou ma formation, 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 réadaptation ou de 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 du Transport 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 visant à 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 poussé 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. Toute modification de la présente autorisation la rendra nulle et non avenue.

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.

La personne à assurer A n'accepte pas la divulgation des renseignements médicaux et personnels au conseiller de service ☐

La personne à assurer B n'accepte pas la divulgation des renseignements médicaux et personnels au conseiller de service ☐

Signé à _____ (Ville/Province) le _____ (Jour) de _____ (Mois/Année)

Signature de la personne à assurer A

Signature de la personne à assurer B

Déclaration du conseiller : J'ai expliqué clairement les dispositions et restrictions de la police demandée aux personnes à assurer et aux titulaires proposés. J'ai posé distinctement toutes les questions comprises dans la proposition ou les personnes 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 des personnes 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 des personnes à assurer. Il est entendu que je ne suis pas habilité à modifier la proposition 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.

Nom du conseiller et code _____

Signature du conseiller _____ Date (jj/mm/aaaa) _____

Assurances

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

VPS 114247

120028 (03/2026)