

Demande de prestations d'invalidité Section de l'employeur



Assurances

Nom du client : _____

Numéro(s) de police : _____

Nom de l'employeur : _____

REEMPLIR LA FORMULE :

Nous voulons nous assurer que la 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 qui sont payables au titre du contrat que vous détenez auprès de nous.

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



EMPLOYEUR

Nom de l'entreprise		Numéro de police	
Nom de l'administrateur du régime que nous pouvons appeler au sujet de cette demande de prestations, le cas échéant		() N° de téléphone	() N° de télécopieur
Adresse (rue / ville / province / code postal)		Langue de préférence : ☐ Français ☐ Anglais	
Adresse de courrier électronique			
Nom du superviseur immédiat de l'employé		() N° de téléphone	() N° de télécopieur
Adresse (rue / ville / province / code postal)			
Adresse de courrier électronique			
Nom du tiers administrateur, le cas échéant		() N° de téléphone	() N° de télécopieur
Adresse (rue / ville / province / code postal)			
Adresse de courrier électronique			

EMPLOYÉ

Nom légal (nom de famille / prénom / second prénom)		
Adresse (app / rue / ville / province / code postal)		
Adresse de courrier électronique		
() N° de téléphone	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	
Adresse du lieu de travail de l'employé (rue / ville / province / code postal)		
Département du rapport de l'employé		
N° d'identification de l'employé	N° de division de l'employé	N° de catégorie de l'employé

EMPLOI

1.	a) Date d'embauche de l'employé (JJ/MM/AAAA)	Date d'effet de l'assurance de l'employé au titre de ce régime (JJ/MM/AAAA)
	b) Dernier jour de travail de l'employé (JJ/MM/AAAA)	Date à laquelle l'employé aurait repris le travail s'il n'avait pas arrêté de travailler (JJ/MM/AAAA)
2.	Titre du poste au dernier jour de travail Pendant combien de temps a-t-il occupé ce poste ?	
3.	L'employé a-t-il bénéficié de l'assurance à partir du premier jour auquel il y avait droit ?	Oui ☐ Non ☐
	Dans la négative, précisez : _____	
4.	L'assurance de l'employé a-t-elle été maintenue sans interruption depuis son entrée en vigueur ?	Oui ☐ Non ☐
	Dans la négative, précisez : _____	
5.	L'assurance de cet employé au titre de cette police a-t-elle été résiliée ?	Oui ☐ Non ☐
	Dans l'affirmative, précisez : _____	
6.	L'employé a-t-il repris le travail pendant quelque période que ce soit après son dernier jour de travail ?	Oui ☐ Non ☐
	Dans l'affirmative, précisez : _____	


EMPLOI (suite)

7. L'employé occupe-t-il un poste : ☐ permanent ☐ à temps partiel ☐ temporaire/contractuel ☐ autre (précisez) _____
8. Veuillez fournir l'horaire moyen d'une semaine complète de travail ou d'un quart de travail, en précisant le nombre d'heures de travail par jour :
- | Jour de la semaine | D | L | M | M | J | V | S |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
- Le cycle se répète-t-il ? Oui ☐ Non ☐
Nombre d'heures de travail par semaine : _____
9. Ce travail est-il assujéti à :
des changements saisonniers ? Oui ☐ Non ☐ des cycles d'affaires ? Oui ☐ Non ☐ des mises à pied ? Oui ☐ Non ☐
10. Y a-t-il eu des changements apportés aux responsabilités ou aux heures de travail de l'employé peu de temps avant son arrêt de travail ?
Oui ☐ Non ☐
Dans l'affirmative, quels sont ces changements et quand ont-ils été apportés ? _____
11. L'employé peut-il exercer ses fonctions de façon modifiée ou à temps partiel ? Oui ☐ Non ☐
Dans la négative, expliquez : _____

SALAIRE DE L'EMPLOYÉ

1. Avant son dernier jour de travail : _____ \$ _____ \$ _____
Salaire horaire Salaire annuel Période de paie (p. ex., aux deux semaines, mensuelle)
2. Combien l'employé a-t-il gagné au cours des 12 mois précédant le dernier jour au travail (ou de la période d'emploi, si elle est inférieure à 12 mois) ?
- _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
Salaire Commissions Bonis Heures supplémentaires

AUTRES FORMES DE REMPLACEMENT DU REVENU ET AUTRES ASSURANCES DE L'EMPLOYÉ

1. Est-ce que cette demande est aussi une demande : d'exonération des primes de l'assurance collective vie Oui ☐ Non ☐
Non invalidité Oui ☐ Non ☐
2. L'employé a-t-il reçu d'autres revenus pendant son invalidité ? Oui ☐ Non ☐
Dans l'affirmative, veuillez cocher la case pertinente et indiquer le montant et la durée du paiement :
☐ Vacances ☐ Congé de maternité ☐ Assurance-emploi ☐ Congé de maladie ☐ Jours fériés ☐ ICD
Montant : _____ \$ De : _____ à : _____
3. L'employé a-t-il présenté une demande de prestations à l'un des organismes suivants :
☐ RPC ☐ RRQ ☐ CAT / CSST ☐ Assureur auto
4. Selon vous, l'affectation de l'employé est-elle reliée au travail ? Oui ☐ Non ☐
Dans l'affirmative, précisez : _____

RETOUR AU TRAVAIL

1. Votre entreprise offre-t-elle un programme de retour au travail ? Oui ☐ Non ☐
Dans l'affirmative, quels types d'arrangements pourraient être pris : _____
2. Y a-t-il une date prévue de retour au travail ? Oui ☐ Non ☐
Dans l'affirmative, veuillez préciser la date : _____

DOCUMENTS EXIGÉS

Veuillez joindre les documents suivants à la présente Déclaration :

- ☐ Une copie du dernier bulletin de paie / de la dernière feuille de paie avant le dernier jour de travail.
☐ Une copie du registre de présence des six derniers mois.
☐ Une copie de la description de poste et des exigences minimales, des permis/titres exigés et du curriculum vitae.
☐ Le rapport d'accident initial et l'avis indiquant la décision de la CAT/CSST, s'il y a lieu.

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI A REMPLI LA FORMULE

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont, à ma connaissance, véridiques et complets.

Signature : _____ Date : _____ (JJ/MM/AAAA)
Nom en caractères d'imprimerie : _____ Titre : _____
Adresse : _____
(rue / ville / province / code postal)

N° de téléphone : _____ (_____) _____

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