Assurance collective Formulaire de preuve d'assurabilité

Assurances

Veuillez répondre à toutes les questions applicables ; tout changement apporté ultérieurement à une réponse doit être paraphé par l'employé. Une fois rempli, le formulaire doit être daté et signé pour qu'il soit accepté.

IMPORTANT :
L'employé doit être résident permanent du Canada et avoir la citoyenneté canadienne ou avoir le statut de résident permanent ; il doit être un employé admissible du titulaire de la police et être en service actif, au sens de la police d'assurance collective, à la date de la signature du présent formulaire de preuve d'assurabilité.

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR *(l'administrateur du régime autorisé doit remplir cette section)*

MOTIF DE PRÉSENTATION D'UNE PREUVE D'ASSURABILITÉ PAR L'EMPLOYÉ :

☐ Nouvel employé – Admissible à un montant supérieur à la limite sans preuve d'assurabilité ☐ Assurance vie facultative
☐ Ajout d'une personne à charge
☐ Employé actuel – Admissible à une augmentation au-delà de la limite sans preuve d'assurabilité ☐ Demande tardive
☐ Autre : _____

Nom de l'entreprise : _____ Numéro de Police collective : _____

Adresse postale du siège social : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

Nº de téléphone de l'entreprise : _____ Personnel autorisé : _____

Type de facturation : ☐ Facturation géré par l'assureur ☐ Facturation autogéré

☐ Tiers administrateur – Nom du tiers administrateur : _____

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ *(doit être remplie par l'employé)*

Langue de préférence : ☐ Anglais ☐ Français

Nom légal complet : Prénom : _____ Initiale : _____ Nom de famille : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____
(jour/mois/année)

Adresse domiciliaire de l'employé : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

Date d'embauche : _____ Profession : _____ Rémunération annuelle : _____ $
(jour/mois/année)

Nom et adresse du médecin de famille : Nom : _____

Adresse : _____

Veuillez indiquer la date, la raison et le résultat de la dernière consultation d'un médecin :

Conjoint à charge admissible

Nom légal complet : Prénom : _____ Initiale : _____ Nom de famille : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____
(jour/mois/année)

Nom et adresse du médecin de famille (s'il est différent de celui de l'employé) : Nom : _____ Adresse : _____

Compagnie d'assurance vie RBC
6880 Financial Drive, édifice 1, 8e étage
Mississauga (Ontario) L5N 7Y5

Veuillez indiquer la date, la raison et le résultat de la dernière consultation d'un médecin :

Enfant(s) à charge admissible(s)

Prénom (indiquer également le nom de famille s'il est différent de celui de l'employé)	Sexe	Date de naissance (jour/mois/année)

SECTION 3 : COUVERTURE *(Cocher toutes les cases pertinentes)*

Employé

☐ Vie de base :
Montant demandé : _____ $

☐ Vie facultative :
Montant demandé : _____ $

☐ Maladies graves :
Montant demandé : _____ $

☐ Maladie complémentaire

☐ Soins dentaires

☐ Invalidité de courte durée :
Montant demandé : _____ $

☐ Invalidité de longue durée :
Montant demandé : _____ $

Personne à charge

☐ Vie de base des personnes à charge :
Montant demandé pour : Conjoint : _____ $ Enfant : _____ $

☐ Vie facultative :
Montant demandé pour : Conjoint : _____ $ Enfant : _____ $

☐ Maladies graves

☐ Maladie complémentaire

☐ Soins dentaires

SECTION 4 : QUESTIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE MODE DE VIE

L'employé ou le conjoint concerné doit répondre à **TOUTES LES QUESTIONS**. Pour toute réponse affirmative (« oui ») aux questions suivantes, veuillez encercler l'affection concernée et fournir des précisions dans l'espace prévu à cette fin à la page 4, en prenant soin d'indiquer les dates, la durée, le traitement, les résultats et le nom des médecins traitants.

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.

			Employé	Conjoint (s'il y a lieu)
1		Vous a-t-on déjà dit que vous souffriez des problèmes de santé suivants, ou avez-vous déjà eu des signes que vous en étiez atteint ou reçu des traitements ou des conseils pour ces problèmes de santé :		
	a	Tension artérielle anormale, douleur thoracique, crise cardiaque, phlébite ou tout autre trouble ou affection cardiaque ou vasculaire ? En cas de tension artérielle anormale, veuillez remplir ce qui suit : Date du premier signalement de la tension artérielle : _____ Traitement : ☐ Régime alimentaire ☐ Médicaments ☐ Autre Durée du traitement ? _____ Traitement toujours en cours ? ☐ Oui ☐ Non Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous passé des examens spéciaux ? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, veuillez préciser le nom des examens, les dates et les résultats : _____ _____ Avez-vous des résultats récents ? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, veuillez fournir les résultats : _____	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

			Employé	Conjoint (s'il y a lieu)
	b	Troubles gastro-intestinaux, ulcère, jaunisse, diarrhée chronique, troubles ou affection de la vésicule biliaire ou du foie, hépatite ou autre trouble ou affection de l'estomac, des intestins ou du rectum ? Dans l'affirmative, remplir ce qui suit : ☐ Ulcère ☐ Autre : _____ Date de la première crise : _____ Nombre de crises : _____ Traitement : ☐ Médicaments – indiquer le nom : _____ ☐ Chirurgie – indiquer la date : _____ Ressentez-vous actuellement des symptômes ? ☐ Oui ☐ Non Suivez-vous actuellement un traitement ? ☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	c	Asthme, bronchite, emphysème, tuberculose ou autre trouble ou affection respiratoire ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	d	Urines anormales, maladie transmissible sexuellement ou trouble ou affection des reins, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	e	Douleurs dorsales ou cervicales, coup de fouet cervical ou tout autre trouble ou affection, blessure ou difformité de la colonne vertébrale ? Si vous répondez par oui à cette question, veuillez remplir le « Questionnaire sur les problèmes dorsaux et cervicaux » à la page **5**.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	f	Arthrite, amputation ou trouble ou affection de la hanche, du genou ou des autres articulations, os ou muscles, notamment la fibrosite ou la fibromyalgie ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	g	Épilepsie, paralysie, accident vasculaire cérébral, céphalées récurrentes ou tout autre trouble ou affection du cerveau ou du système nerveux ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	h	Troubles nerveux, anxiété, dépression ou toute maladie liée au stress ? Dans l'affirmative, veuillez remplir le « Questionnaire sur la santé mentale » à la page **7**.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	i	Diabète, trouble de la thyroïde ou autre trouble des glandes ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	j	Cancer, kyste, tumeur ou affection de la peau ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	k	Anémie, leucémie ou tout autre trouble ou affection du sang ou des ganglions ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	l	Affection ou trouble des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
2		Avez-vous déjà eu des signes que vous étiez atteint d'un des problèmes de santé suivants, vous a-t-on déjà dit que vous en étiez atteint ou avez-vous déjà reçu un traitement ou des conseils pour ces problèmes de santé : SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), para-SIDA (syndrome apparenté au SIDA), ou toute autre maladie du système immunitaire, ou avez-vous déjà eu des résultats positifs à un test sanguin de dépistage des anticorps du VIH (virus d'immunodéficience acquise) ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
3	a	Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous consulté ou été examiné par un médecin ou autre professionnel de la santé, avez-vous reçu des conseils, un traitement ou des médicaments, ou avez-vous été hospitalisé pour toute affection ou tout trouble non énumérés à la question numéro 1 aux pages 2 et 3 ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	b	Vous a-t-on déjà conseillé de subir des examens ou des tests, de suivre un traitement ou de consulter un spécialiste, sans que ces recommandations n'aient encore été suivies ou avez-vous tout autre symptôme, malaise ou trouble de santé pour lesquels vous n'avez pas encore tenté de vous faire soigner ou consulté un professionnel de la santé ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	c	Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous souffert d'une affection ou subi une blessure ayant entraîné un arrêt de travail de dix (10) jours consécutifs ou plus ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	d	Recevez-vous des conseils médicaux, suivez-vous des traitements ou prenez-vous des médicaments à l'heure actuelle ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
4		Participez-vous actuellement à des activités dangereuses, notamment la course automobile, le deltaplane, l'alpinisme, le pilotage d'avion ou la plongée sous-marine à plus de 50 pieds de profondeur ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
5		**Taille et poids :** Taille actuelle de l'employé : _____ ☐ (pi/po) ☐ cm Poids actuel de l'employé : _____ ☐ lb ☐ kg En cas de variation de poids de plus de 15 lb (7 kg) au cours des 12 derniers mois, préciser le nombre de kg ou lb gagnés ou perdus et la raison : _____ Taille actuelle du conjoint : _____ ☐ (pi/po) ☐ cm Poids actuel du conjoint : _____ ☐ lb ☐ kg En cas de variation de poids de plus de 15 lb (7 kg) au cours des 12 derniers mois, préciser le nombre de kg ou lb gagnés ou perdus et la raison : _____		

			Employé	Conjoint (s'il y a lieu)
6	**a**	Vous êtes-vous déjà fait refuser une assurance vie, invalidité, maladie ou toute autre forme d'assurance individuelle ou collective, ou une telle assurance a-t-elle fait l'objet d'une surprime, été reportée, résiliée ou modifiée de quelque manière que ce soit ? Dans l'affirmative, préciser la ou les dates, la ou les raisons et le nom de la ou des compagnies d'assurance.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	b	Avez-vous déjà reçu des prestations, des indemnités ou une rente en raison d'une maladie ou d'une blessure ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
7		Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de cigarettes, de cigarettes électroniques, produits de vapotage, de plus d'un gros cigare par mois, de pipes à eau, de noix de bétel plus d'une fois par mois, de produits de désaccoutumance au tabac ou de nicotine ou de tabac sous une forme quelconque ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
8		Avez-vous déjà fait usage de cocaïne, des barbituriques, du crack ou d'autres stupéfiants, ou avez-vous déjà sollicité ou reçu des conseils ou des soins relativement à l'usage de drogues, sur ordonnance ou non ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
9		Vous a-t-on conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou avez-vous déjà été traité pour une consommation excessive d'alcool ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
10		Y a-t-il dans votre famille des antécédents de maladie familiale ou héréditaire, notamment de trouble cardiaque ou rénale, d'accident vasculaire cérébral, de diabète, de cancer, de sclérose en plaques, de maladie d'Alzheimer, de maladie d'Huntington ou de maladie du motoneurone ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
11	**a**	**La question suivante s'adresse aux femmes, employées ou conjointes (le cas échéant) :** Avez-vous déjà fait une fausse couche, été atteinte de toxémie prééclamptique, de toxémie, subi une césarienne ou eu d'autres complications de grossesse ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	b	Êtes-vous enceinte ? Dans l'affirmative, préciser la date prévue de l'accouchement.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
12		**Cette question s'adresse aux employés qui demandent l'assurance des personnes à charge :** L'un de vos enfants à charge admissibles a-t-il suivi un traitement pour l'une des affections suivantes ou eu des signes qu'il pouvait en être atteint : trouble cardiaque, hypertension, cancer ou tumeurs, problèmes rénaux, maladie ou trouble de l'estomac, problèmes de dos, troubles mentaux ou nerveux, problèmes de respiration, SIDA, alcoolisme ou toxicomanie, ou tout autre trouble ou affection d'ordre physique ou mental ? Nom de l'enfant, affection, date et traitement suivi :	(Réponse de l'employé) ☐ Oui ☐ Non	

Détails aux réponses affirmatives

Numéro de la question	Détails	Date (jj/mm/aaaa)	Nom et adresse du médecin traitant

Questionnaire sur les problèmes dorsaux et cervicaux

Si vous avez répondu par oui à la question 1e, veuillez remplir ce questionnaire.

1		Avez-vous déjà ressenti une douleur ou un malaise au niveau du dos ou du cou ou tout autre symptôme connexe ou avez-vous eu des signes de tout trouble ou maladie se rapportant au dos ou au cou ou avez-vous été traité pour une telle affection ? **Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous.**	☐ Oui ☐ Non
2		Précisez la région concernée : ☐ Cou (cervical) ☐ Partie supérieure/intermédiaire (thoracique) ☐ Partie inférieure (lombaire – à la taille ou sous la taille) **Si plus d'une région est concernée, veuillez remplir un questionnaire distinct pour chaque région.**	
Les renseignements suivants concernent **☐ le cou (cervical) ☐ la partie supérieure/intermédiaire (thoracique) ☐ la partie inférieure (lombaire – sous le niveau de la taille)**			
3	**a**	Combien d'épisodes de douleur ou de malaise ou de symptômes connexes avez-vous eus au niveau du dos ou du cou ?	
	b	Date du premier épisode :	
	c	Décrire les symptômes du premier épisode :	
	d	Durée des symptômes du premier épisode :	
	e	Diagnostic définitif :	
	f	Date du dernier épisode :	
	g	Décrire les symptômes du dernier épisode :	
	h	Durée des symptômes du dernier épisode :	
	i	Diagnostic définitif du dernier épisode :	
	j	Quelle a été la durée la plus longue des symptômes parmi tous les épisodes ?	
4		Avez-vous déjà ressenti un engourdissement, un fourmillement ou un rayonnement de la douleur dans d'autres parties du corps ? **Dans l'affirmative,** indiquer les dates et régions concernées :	☐ Oui ☐ Non
5	**a**	Vous a-t-on fait passer des tests diagnostiques ? **Dans l'affirmative,** préciser le type, la date et les résultats : ☐ Radiographies ☐ Tomodensitogramme ☐ IRM ☐ Scintigramme osseux ☐ Autre (préciser)	☐ Oui ☐ Non
	b	Des tests ou des examens ont-ils été recommandés ? **Dans l'affirmative,** préciser la nature des tests ou examens, ainsi que la date prévue :	☐ Oui ☐ Non
6	**a**	Avez-vous déjà eu des injections épidurales de stéroïdes ou suivi des traitements dans une clinique antidouleur ? **Dans l'affirmative,** indiquer les dates de consultation, ainsi que les nom et adresse des médecins et des établissements de soins de santé :	☐ Oui ☐ Non
	b	Avez-vous déjà été traité par un chiropraticien ? **Dans l'affirmative,** préciser : 1. Dates, fréquence et durée du traitement : _____ 2. Date de la dernière consultation chiropratique : _____ 3. Nom et adresse des chiropraticiens : _____	☐ Oui ☐ Non

(page suivante)

Questionnaire sur les problèmes dorsaux et cervicaux

	c	Avez-vous déjà suivi des séances de physiothérapie ou autre traitement pour cette affection ? **Dans l'affirmative,** indiquer les types, les dates et la durée des traitements, ainsi que le nom et l'adresse du ou des prestataires :	☐ Oui ☐ Non
7		Vous a-t-on déjà prescrit des médicaments pour une affection ou des symptômes liés au dos ou au cou ? **Dans l'affirmative,** indiquer le nom des médicaments et les dates auxquelles ils ont été prescrits :	☐ Oui ☐ Non
8		Avez-vous déjà été hospitalisé en raison d'une affection ou de symptômes liés au dos ou au cou ? **Dans l'affirmative,** indiquer les dates, la durée d'hospitalisation, les raisons, le nom et l'adresse des hôpitaux :	☐ Oui ☐ Non
9		Vous a-t-on dit que vous aurez peut-être besoin de subir une chirurgie prochainement ? **Dans l'affirmative :** a) Préciser le type de chirurgie : _____ b) Une date a-t-elle été fixée pour la chirurgie ? Dans l'affirmative, indiquer la date : _____	☐ Oui ☐ Non
10		Avez-vous déjà été en arrêt de travail en raison de symptômes se rapportant au dos ou au cou ? **Dans l'affirmative,** veuillez préciser et indiquer les dates et la durée de l'arrêt de travail :	☐ Oui ☐ Non
11		Vos tâches professionnelles ou vos activités quotidiennes ont-elles déjà été restreintes ou modifiées en raison de cette affection ? **Dans l'affirmative,** décrire les restrictions, modifications ou limitations :	☐ Oui ☐ Non
12		Vos symptômes persistent-ils ? **Dans l'affirmative,** décrire les symptômes : **Dans la négative,** depuis quand ne ressentez-vous plus aucun symptôme lié au dos ou au cou ? _____	☐ Oui ☐ Non
13		Veuillez indiquer le nom et l'adresse au complet de tous les médecins, professionnels de la santé, hôpitaux ou établissements de soins non cités que vous avez consultés pour cette affection, et donner la date des consultations :	

Questionnaire sur la santé mentale

Si vous avez répondu par oui à la question 1h, veuillez remplir ce questionnaire.

1	Veuillez préciser ou décrire tous vos symptômes actuels et passés, antécédents ou diagnostics de (cocher les cases appropriées) : ☐ Stress ☐ Anxiété ☐ Dépression ☐ Épuisement professionnel ☐ Insomnie ☐ Dysthymie ☐ Phobie(s) ☐ Fatigue, épuisement ☐ Fatigue chronique ☐ Dépression majeure ☐ Crise(s) de panique ☐ Trouble d'adaptation ☐ Boulimie ☐ Anorexie mentale ☐ Consultation conjugale/ familiale ☐ Trouble déficitaire de l'attention ☐ Problèmes de concentration ☐ Troubles de la mémoire ☐ Agoraphobie ☐ Stress post-traumatique ☐ Trouble bipolaire ☐ Pensées ou tentatives suicidaires ☐ Psychose/hallucinations ☐ Problèmes de gestion de la colère ☐ Troubles affectifs saisonniers ☐ Trouble d'anxiété généralisée ☐ Consultation pour (préciser) : _____ ☐ Autre (préciser) :	
2	Avez-vous éprouvé des symptômes au cours des 12 derniers mois ? **Dans l'affirmative,** décrire tous les symptômes : **Dans la négative,** depuis combien de temps n'éprouvez plus aucun symptôme ? _____	☐ Oui ☐ Non
3	a) Date du début des premiers symptômes : _____ b) Cause(s) des symptômes : c) Combien d'épisodes séparés ou de rechutes avez-vous eus ?_____ d) Quelle fut la durée de chaque épisode ou rechute ?	
4	Votre médecin vous a-t-il fourni un diagnostic ? **Dans l'affirmative,** veuillez préciser et indiquer la date du diagnostic :	☐ Oui ☐ Non
5	Avez-vous pris des médicaments, avec ou sans ordonnance, ou avez-vous été traité au cours des 12 derniers mois ? **Dans l'affirmative,** veuillez inclure le nom de tous les médicaments, préciser les traitements et indiquer la date à laquelle ils ont été prescrits ou recommandés pour la première fois :	☐ Oui ☐ Non
6	Quels autres médicaments ou traitements vous a-t-on prescrits dans le passé ? Veuillez fournir le nom des médicaments prescrits, la date de leur prescription, les détails sur les traitements, la date à laquelle ils ont été recommandés pour la première fois, ainsi que la date à laquelle ces médicaments ou traitements ont été arrêtés et pour quelle raison :	
7	Avez-vous été adressé à un psychiatre ou à un psychologue pour cette affection ? **Dans l'affirmative,** veuillez fournir les noms et adresse au complet des psychiatres ou psychologues consultés, la date de la première consultation, la fréquence des consultations de suivi et la date de la dernière consultation :	☐ Oui ☐ Non
8	Vous êtes-vous déjà présenté à l'urgence ou été hospitalisé pour cette affection ? **Dans l'affirmative,** veuillez indiquer les dates, les raisons, le nom et l'adresse des hôpitaux :	☐ Oui ☐ Non

(page suivante)

Questionnaire sur la santé mentale

9	Avez-vous déjà eu des pensées suicidaires ou fait une tentative de suicide ? **Dans l'affirmative,** veuillez fournir les dates et les détails :	☐ Oui ☐ Non
10	Avez-vous déjà été en arrêt de travail en raison de cette affection ? **Dans l'affirmative,** veuillez préciser et indiquer les dates et la durée de l'arrêt de travail :	☐ Oui ☐ Non
11	Vos tâches professionnelles ou vos activités quotidiennes ont-elles déjà été restreintes ou modifiées en raison de cette affection ? **Dans l'affirmative,** décrire les restrictions, modifications ou limitations :	☐ Oui ☐ Non
12	À part ceux déjà susmentionnés, veuillez indiquer le nom et l'adresse au complet de tous les médecins, psychiatres, psychologues, conseillers, prestataires de soins de santé mentale, autres professionnels, hôpitaux ou établissements de soins de santé consultés pour cette affection, ainsi que les détails sur les consultations et la durée du traitement :	

SECTION 5 : DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ ETDU CONJOINT (s'il y a lieu)

DÉCLARATION

1. Je déclare par la présente que les réponses et déclarations fournies sur ce formulaire de preuve d'assurabilité sont, pour autant que je sache, complètes et véridiques, en date d'aujourd'hui et que toute fausse déclaration ou omission de renseignements pourraient entraîner l'annulation de mon assurance.
2. Je comprends que ces réponses et déclarations sont essentielles à l'appréciation du risque et qu'elles font partie de la demande d'assurance et des informations prises en considération pour la couverture demandée. Je comprends aussi que si l'assurance demandée entre en vigueur, elle sera assujettie aux modalités de la police collective.
3. J'ai lu et compris la section intitulée « Collecte, Utilisation et Communication des renseignements personnels » et j'accepte ses conditions.
4. 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.

Signature de l'employé : _____ **Date :** _____

Signature du conjoint de l'employé : _____ **Date :** _____
(si elle ou il demande l'assurance)

SECTION 6 : AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS

J'autorise la Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs (ci-après appelés collectivement « RBC Vie ») à recueillir des renseignements personnels me concernant et, au besoin, à communiquer à des tiers que je cherche à obtenir une assurance auprès d'elle.

J'autorise les personnes, les institutions et les organisations énumérées ci-dessous à divulguer et à fournir à RBC Vie tout renseignement, dossier ou autre donnée me concernant ou concernant mes traitements ou antécédents médicaux, mes emplois et revenus actuels et passés, qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité, et je leur donne instruction de le faire.

Personnes ou organismes à qui la présente autorisation s'applique : tout médecin, infirmier et infirmière, conseiller, psychologue, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de la réadaptation ou de la santé ; tout hôpital, toute clinique ou pharmacie, ou autre établissement médical ou prestataire de soins de santé ou de traitements ; le régime provincial d'assurance-maladie, toute compagnie d'assurance ou autre institution financière, ou courtier d'assurance ou administrateur ; mon employeur actuel ou mes anciens employeurs et tout mandataire exécutant pour eux des services liés aux avantages sociaux ; tout ministère ou organisme fédéral ou provincial, y compris la CAT/CSST et les autorités chargées de l'impôt fédéral et provincial sur le revenu, ainsi que toute autre personne, organisme ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant, ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux, ou mes emplois et revenus actuels et passés.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçus par RBC Vie en vertu de la présente autorisation sera utilisé pour établir mon admissibilité à la couverture au titre de l'assurance collective offerte par mon employeur (évaluation du risque), pour administrer la ou les polices d'assurance collective offertes par mon employeur ou pour évaluer mon droit à indemnisation.

J'autorise RBC Vie à divulguer lesdits renseignements, dossiers et données reçus, dans la mesure raisonnablement nécessaire aux fins visées, à d'autres compagnies d'assurance ou à tout réassureur, à mon employeur, ou à ses courtiers ou conseillers en assurance, ou aux administrateurs de son régime, ou à toute autre personne ou entreprise employés ou engagés par RBC Vie.

Si cette demande d'assurance est remplie au nom des personnes à ma charge, j'ai l'autorisation de divulguer les renseignements les concernant aux fins d'évaluation du risque à assurer, de l'administration du régime, l'évaluation du droit à indemnisation. J'atteste que RBC Vie est autorisée à me divulguer les renseignements concernant cette demande d'assurance, aux fins d'évaluation de la présente demande d'assurance et d'administration de mon régime d'avantages sociaux.

Une photocopie de cette autorisation est valide au même titre que l'original et demeure valide pendant toute la durée de ma couverture au titre de l'assurance collective offerte par mon employeur.

Signature de l'employé : _____ **Date :** _____

Signature du conjoint de l'employé : _____ **Date :** _____
(si elle ou il demande l'assurance)

Veuillez nous faire parvenir la formule dûment remplie de l'une des manières suivantes :

Courriel : MedicalUnderwritingSupport@rbc.com
Poste : Veuillex inscrire « Confidentiel » sur l'enveloppe et en conserver une copie pour vos dossiers.

Compagnie d'assurance vie RBC
Tower 1, 8th Floor, 6880 Financial Drive
Mississauga (Ontario) L5N 7Y5

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 souscription 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, Inc., du gouvernement (incluant les régimes publics d'assurance maladie) 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.

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 de l'État, des organismes publics ou d'autres entités habilités 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 présente demande d'adhésion est présentée par un représentant indépendant ou un représentant affilié à une autre compagnie que RBC Vie.

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, y compris le téléphone, l'ordinateur ou le courrier, 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, y compris le téléphone, l'ordinateur ou le courrier, 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 pouvons en faire part aux sociétés RBC dans le seul but de faire respecter vos choix en vertu de la section « *Autres utilisations de vos 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 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 », il vous suffit de communiquer avec nous à l'adresse suivante:

Compagnie d'assurance vie RBC
C.P. 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.

®/MCMarques de commerce de la Banque Royale du Canada, utilisées sous licence.

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