

Demande de transformation d'assurance maladies graves (MG) en assurance soins de longue durée (SLD)



Assurances

(À utiliser pour transformer une assurance MG en une assurance SLD conformément à la disposition de la police d'assurance MG)

1. ASSURÉ

M. ☐ M^{me} ☐ D^r ☐ D^{re} ☐ Autre (préciser) ☐

Prénom Second prénom Nom de famille

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Adresse : App. n° Rue Ville

Province Code postal Numéro de téléphone

Adresse électronique

Voulez-vous un contrat en anglais ? ☐ Oui ☐ Non

2. TITULAIRE PROPOSÉ DE LA POLICE D'ASSURANCE SLD (s'il n'est pas l'assuré)

M. ☐ M^{me} ☐ D^r ☐ D^{re} ☐ Autre (préciser) ☐

Prénom ou nom de l'entreprise Second prénom Nom de famille

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Adresse : App. n° Rue Ville

Province Code postal Numéro de téléphone

Mise en garde : Adresse électronique

S'il y a plus d'un titulaire proposé, veuillez joindre une feuille séparée, signée par les titulaires proposés, où seront indiqués les renseignements ci-dessus de l'autre ou des autres titulaires proposés.

3. QUESTIONNAIRE (Doit être rempli par l'assuré)

OUI NON

- a. Avez-vous besoin actuellement d'aide ou en recevez-vous pour accomplir **deux** des activités suivantes : prendre un bain, manger, s'habiller, utiliser les toilettes, se déplacer (y compris mais sans s'y limiter, la capacité d'entrer ou de se lever du lit, de s'asseoir ou de se relever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint), le contrôle de la fonction urinaire de la vessie ou d'évacuation des selles ? ☐ ☐
- b. Recevez-vous actuellement des prestations de maladie grave, êtes-vous en train de satisfaire à une période de survie ou avez-vous présenté une demande de prestations de maladie grave qui est actuellement à l'étude ou avez-vous l'intention d'en présenter une, ou vos primes font-elles l'objet d'une exonération au titre de votre police d'assurance maladies graves ? ☐ ☐

Si vous répondez par l'affirmative à la question « a » ou « b », l'assurance maladies graves ne peut être transformée en une assurance SLD.

- c. Présentez-vous des difficultés d'attention, de mémoire, d'orientation, de raisonnement ou une perte de vos facultés intellectuelles qui nécessitent la surveillance, l'assistance immédiate et (ou) la stimulation verbale d'une autre personne pour assurer votre propre protection et celle des autres ? ☐ ☐

Dans l'affirmative, veuillez préciser ci-après le nombre d'heures par jour pendant lesquelles vous avez besoin d'une surveillance de la part d'une autre personne ou de sa présence pour assurer votre propre protection et (ou) celle des autres :

Moins de 8 heures ☐ 8 heures ou plus mais pas de façon permanente ☐ Aide ou surveillance nécessaire en permanence ☐

Si vous répondez par l'affirmative à la question 3c, votre admissibilité à la transformation en assurance SLD est régie par les dispositions particulières de votre police et sera déterminée par la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) une fois que vous aurez présenté votre demande de transformation.

4. AUTRE ASSURANCE SLD

Avez-vous d'autres assurances SLD en vigueur ou à l'étude auprès d'un autre assureur ? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, veuillez remplir ce qui suit :

Assureur	Indemnité quotidienne	Comptez-vous remplacer cette assurance par la police SLD qui fait l'objet de cette demande
		Oui ☐ Non ☐
		Oui ☐ Non ☐

5. TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE MG EN ASSURANCE SLD

- La demande peut porter sur une transformation totale ou partielle.
- En cas de transformation partielle, le montant d'assurance qui serait maintenu en vigueur au titre de la police d'assurance maladies graves doit satisfaire à nos règles administratives publiées en ce qui concerne la prime minimale et l'indemnité mensuelle.
- En cas de transformation partielle, nous réduirons le montant de votre indemnité forfaitaire de maladie grave, en commençant par les augmentations les plus récentes, jusqu'à ce nous ayons atteint le niveau de transformation que vous avez demandé.
- L'indemnité minimale de maladie grave qui doit être transformée dans le cas d'une transformation partielle est de 10 000 \$.
- L'indemnité minimale de SLD qui doit être souscrite dans le cas d'une transformation est de 10 \$ par jour.
- L'indemnité maximale totale de SLD qui peut être souscrite en transformant toutes les polices d'assurance détenues auprès de RBC Vie est de 200 \$ par jour.
- Les dispositions régissant la transformation figurent dans la ou les polices d'assurance maladies graves faisant l'objet d'une transformation.

Tableau de transformation :

Indemnité de maladie grave en vigueur au moment de la transformation :	Indemnité maximale d'assurance SLD offerte
Moins de 25 000 \$*	80 \$ par jour*
25 000 \$, mais sans dépasser 99 000 \$	110 \$ par jour
100 000 \$, mais sans dépasser 249 000 \$	150 \$ par jour
250 000 \$, mais sans dépasser 2 000 000 \$	200 \$ par jour

*seulement offert avec les contrats d'assurance temporaire jusqu'à 65 ans et 75 ans à renouvellement garanti.

Détails de la transformation : Veuillez indiquer si la demande porte sur une transformation totale ou partielle : Totale ☐ Partielle ☐

En cas de transformation partielle, la couverture d'assurance maladies graves restante doit-elle a) rester en vigueur ☐ ou b) être résiliée ☐	
Police(s) d'assurance maladies graves à transformer :	Indemnité de maladie grave à transformer :

Indemnité SLD en établissement demandée :

Indemnité par jour : \$

Délai d'attente : 0 jour ☐ 90 jours ☐ Période d'indemnisation : 1 an ☐ 2 ans ☐ 5 ans ☐ À vie ☐

Garanties facultatives

Rajustement de vie chère ☐

Remboursement des primes au décès ☐

Soins à domicile ☐ (Veuillez remplir ce qui suit) :

Indemnité par jour : \$ (ne peut être supérieure à l'indemnité de soins en établissement que vous avez demandée ci-dessus)

Délai d'attente : Le délai d'attente sera calculé automatiquement en fonction de celui que vous avez choisi pour l'indemnité de soins en établissement comme il est indiqué ci-dessus :

Si vous avez opté pour un délai d'attente de 0 jour pour l'indemnité de soins en établissement, votre délai d'attente pour l'indemnité de soins à domicile sera de 60 jours ;

Si vous avez opté pour un délai d'attente de 90 jours pour l'indemnité de soins en établissement, votre délai d'attente pour l'indemnité de soins à domicile sera de 90 jours.

Période d'indemnisation (doit être inférieure ou égale à la période d'indemnisation de soins en établissement) :

365 jours ☐ 730 jours ☐
1825 jours ☐ À vie ☐

6. PAIEMENT DE LA PRIME

Facturation annuelle avec avis de prime ☐ ou débit mensuel préautorisé (DPA) (remplir le formulaire à la page 5) ☐

Si cette demande est accompagnée d'un dépôt, veuillez indiquer le montant du dépôt \$

En cas de paiement par DPA mensuel, la prime mensuelle initiale doit-elle être prélevée par DPA ? Oui ☐ Non ☐

Si un avenant de remboursement des primes est annexé à votre police, vous pourriez avoir le droit d'exercer une option de remboursement anticipé des primes au rachat (veuillez communiquer avec notre service clientèle pour obtenir des renseignements au sujet de cette option).

Si vous souhaitez exercer une option de remboursement anticipé des primes au rachat, veuillez remplir ce qui suit :

Indiquez le montant d'assurance maladies graves dont vous souhaitez demander le rachat pour le remboursement anticipé de la prime de \$

Tout remboursement de primes vous sera envoyé séparément une fois que le rachat anticipé et la transformation en assurance SDL auront été traités.

Renseignements concernant le conseiller (réservé à l'usage de RBC Vie)

Date (jj/mm/aa)				
Signature du conseiller				
Nom du conseiller				
Nom de l'entreprise du conseiller				
Bureau de marketing / AGD				
Part	%	Code du conseiller attribué :	%	Code du conseiller :

7. CONVENTION

Le ou les titulaires de la police d'assurance maladies graves existante, l'assuré et le ou les titulaires proposés de la police d'assurance SLD demandée déclarent qu'à leur connaissance, toutes les déclarations et réponses fournies dans toutes les parties de cette demande sont complètes et véridiques, et conviennent de ce qui suit :

- a. La police d'assurance SLD sera établie selon les déclarations et les réponses que je fournirai/nous fournirons dans cette demande, et celles que j'ai fournies/nous avons fournies dans ma ou mes propositions/notre ou nos propositions antérieures présentées à la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) pour l'assurance maladies graves, qui servent de base à la demande de transformation. Je déclare qu'à ma connaissance/Nous déclarons qu'à notre connaissance, toutes les déclarations et réponses fournies dans cette demande, et celles fournies dans la ou les propositions antérieures, sont complètes et véridiques, à la date où j'ai signé/nous avons signé cette demande et chaque proposition. Il est entendu que si j'ai fait/nous avons fait une déclaration inexacte, la police d'assurance SLD pourrait être nulle et sans effet. Cette demande et la ou les propositions antérieures feront partie intégrante de la police d'assurance SLD. La clause d'incontestabilité de la police d'assurance SLD s'applique dans son entier à la présente demande, mais elle ne s'applique pas aux propositions d'assurance maladies graves qui servent de base à la demande de transformation, sauf en cas de fraude.
- b. Il est entendu et convenu que la date d'entrée en vigueur de toute police d'assurance SLD établie par suite de cette demande sera la date de l'anniversaire mensuel de ma/notre police d'assurance maladies graves qui suit la date de cette demande. Si plus d'une police est utilisée pour la transformation, la date de l'anniversaire mensuel qui sera choisie comme date d'entrée en vigueur de la nouvelle assurance SLD sera la dernière de toutes les dates d'anniversaire mensuel qui suivent la date de cette demande.
- c. J'autorise/Nous autorisons RBC Vie à résilier ou à réduire la couverture d'assurance maladies graves, conformément aux directives fournies à la section 5 de cette demande, à la date d'entrée en vigueur de la police d'assurance SLD.
- d. L'assurance en vertu de la police d'assurance SLD ne prend effet que lorsque a) une police est délivrée au ou aux titulaires proposés et que celle-ci est acceptée par le ou les titulaires proposés et que b) toutes les conditions pour la livraison de la police sont entièrement remplies, y compris notamment la réception par nous de toutes les modifications et annexes requises pour mettre la police en vigueur, signées par moi/nous dans les délais impartis et c) la prime initiale est acquittée intégralement et d) aucun changement n'est intervenu dans l'assurabilité de l'assuré entre la date de signature de la demande de transformation et la livraison de la police d'assurance SLD. J'informerai/Nous informerons immédiatement RBC Vie, par écrit, de tout changement dans les réponses fournies dans cette demande qui survient entre la date de cette demande et la date de livraison de la police d'assurance SLD.
- e. La responsabilité de RBC Vie n'est pas engagée dans le cas d'une demande de règlement en cas de sinistre ayant débuté avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance. Sans égard au versement d'un acompte sur la prime, l'assuré et le ou les titulaires proposés ne bénéficient d'aucune assurance provisoire ou note de couverture en attendant l'établissement de la police.
- f. Je résilierai/Nous résilierons toute police d'assurance SLD indiquée dans cette demande comme devant être résiliée, dès qu'une police d'assurance SLD établie par suite de cette demande m'aura été/nous aurons été remise. RBC Vie se fiera à ces réponses pour déterminer le montant de SLD, le cas échéant, de l'assurance qu'elle établira. Si une police d'assurance SLD indiquée comme devant être résiliée n'est pas résiliée, la police d'assurance SLD établie par suite de cette demande pourrait être nulle et non avenue.
- g. Aucune déclaration, ni aucun renseignement recueilli par un représentant de RBC Vie ne doivent être attribués à RBC Vie ou ne lient cette dernière, à moins que ledit renseignement soit contenu dans la présente demande. Seul un membre de la direction de RBC Vie peut a) modifier les conditions de cette demande ou de la police, ou b) renoncer à un droit ou à une exigence de RBC Vie.
- h. J'ai lu/Nous avons lu et compris la section intitulée « Collecte, Utilisation et Communication des renseignements personnels » et j'accepte/nous acceptons ses conditions.
- i. Il est entendu que toute désignation de prestataire au titre de l'assurance maladies graves faisant l'objet d'une transformation ne s'appliquera pas à la police d'assurance SLD établie par suite de cette demande.
- j. Cette disposition s'applique uniquement si l'assurance maladies graves faisant l'objet d'une transformation comporte une garantie de remboursement des primes : il est entendu qu'en cas de transformation totale ou partielle de la ou des polices d'assurance maladies graves, la garantie de remboursement des primes de l'assurance maladies graves faisant l'objet de la transformation prendra fin au moment de la transformation. Aucune garantie de remboursement des primes ne sera transférée à la police d'assurance SLD. En cas de transformation partielle, les primes acquittées sur la ou les polices d'assurance maladies graves relativement à la couverture faisant l'objet d'une transformation continueront d'être prises en compte dans le calcul d'un remboursement de prime de la ou des polices d'assurance maladies graves, mais seulement jusqu'à concurrence des primes payées pour la couverture faisant l'objet de la transformation, jusqu'à la date de la transformation.
- k. Cette disposition ne vise que le ou les titulaires de la ou des polices d'assurance maladies graves faisant l'objet de la transformation : en apposant ma/notre signature dessous, j'atteste et conviens/nous attestons et convenons des conditions de cette demande, y compris, dans l'éventualité où je ne serais pas/nous ne serions pas titulaire de la nouvelle police d'assurance SLD, le fait que je n'aurais/nous n'aurions aucun autre droit de propriété dans la nouvelle police d'assurance SLD qui pourrait être établie par suite de cette demande.
- l. 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.

Fait à (ville/province) le jour de (mois) (année) (année)

Signature de l'assuré

Signature du/des titulaires proposés de la police d'assurance SLD, s'il n'est/s'ils ne sont pas la personne à assurer

Signature du/des titulaires de toute police d'assurance MG sur laquelle repose la demande de transformation en une police d'assurance SLD, s'il n'est/s'ils ne sont pas l'assuré

ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Veuillez lire avec attention la section intitulée « Collecte, Utilisation et Communication des renseignements personnels ».

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

1. a) Il autorise la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) à effectuer des prélèvements mensuels périodiques sur le compte bancaire qu'il détient à l'institution financière nommée ci-dessous, ou à toute autre institution financière qu'il pourrait désigner ultérieurement, pour acquitter les primes de la ou des polices, conformément au calendrier de versement des primes de celle-ci, y compris la prime initiale.
- b) **RBC Vie est dispensée de lui adresser un préavis avant de prélever la prime de la note de couverture et/ou la prime initiale, ou en cas de changement du montant du prélèvement.**
- c) À moins d'indication contraire dans la section Directives spéciales ci-dessous, les prélèvements auront lieu le jour du mois auquel la prime de la police est exigible, ou si cet accord s'applique à plus d'une police, les prélèvements seront alors effectués à la date de prélèvement de la ou des polices en vigueur.
- 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) Il s'engage à informer par écrit RBC Vie de tout changement aux renseignements sur le compte indiqués ci-dessous au moins cinq jours avant le prochain prélèvement prévu. Il convient qu'à l'occasion, il peut autoriser RBC Vie à effectuer ces prélèvements sur un autre compte, suivant leurs instructions verbales ou écrites.
- f) Il peut 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. Il peut obtenir de l'information supplémentaire sur ses 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, il convient d'en informer RBC Vie. En cas de recours, ce DPA est considéré s'appliquer à un compte personnel.
Le payeur a certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, il a le droit de recevoir un remboursement pour tout DPA non autorisé ou non conforme au présent accord. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur ses droits de recours, le payeur peut communiquer avec son 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.

2. À ajouter au DPA déjà en vigueur de la ou des polices numéros

3. Directives spéciales (les prélèvements ne peuvent avoir lieu que du 1er au 28 du mois)

Coordonnées bancaires :

Veuillez 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)

(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)

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 ;
- 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 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 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 demande 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 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 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

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.