

NUMÉRO DE POLICE

Réinitialiser

À inscrire par le bureau régional de RBC Assurances

À remplir par le conseiller

Nom du titulaire de la police

Conseiller/Société à payé des commissions – Nom au complet en caractères d'imprimerie		Si partage – Conseiller/Société à payé des commissions – Nom au complet en caractères d'imprimerie	
Nom		Nom	
Adresse		Adresse	
Ville		Ville	
Province		Province	
Code postal		Code postal	
Téléphone		Téléphone	
Télécopieur		Télécopieur	
Courriel		Courriel	
Pourcentage du partage		Pourcentage du partage	

NOTA : Utilisez un deuxième formulaire si plus de deux conseillers se partagent la rémunération pour ce groupe.

Désirez-vous être rémunéré pour cette police en fonction du barème de commissions standard de RBC Assurances (voir le tableau A) ? ☐ Oui Si vous désirez être rémunéré en fonction de taux autres que ceux du barème de commissions standard de RBC Assurances, veuillez remplir le tableau B. À l'exception avis contraire, les paiements de commission seront versés avant la date de prise d'effet du contrat.

TABLEAU A

Prime annualisée nette	Taux standard
Assurances vie de base, vie des personnes à charge, Assurance vie facultative, décès et mutilation accidentels (DMA) de base, maladies graves, Assurance invalidité de longue durée (ILD), maladie complémentaire, soins dentaires et invalidité de courte durée (ICD)	
Première tranche de 10 000 \$	10,0%
Tranche suivante de 15 000 \$	7,5%
Tranche suivante de 25 000 \$	5,0%
Tranche suivante de 50 000 \$	3,0%
Tranche suivante de 150 000 \$	2,0%
Plus de 250 000 \$	1,0%
Rémunération sur les produits ci-dessous sera payé sur une base comme acquis que les sinistres sont payés.	
Services administratifs seulement (SAS)	
Sinistres réglés	5,0%
Compte crédit santé (CCS)	
Sinistres réglés	5,0%
Compte crédit bien-être (CCB)	
Sinistres réglés	5,0%

Commissions non standard ? ☐ Si oui, veuillez fournir des précisions dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU B

Produit	Taux

Je confirme par la présente que je détiens un permis valide et à jour pour vendre de l'assurance dans la province ou le territoire de où la vente et la négociation de l'assurance demandée ont eu lieu.

Je confirme également que je me suis conformé à toutes les obligations en ce qui a trait à la DÉCLARATION DU CONSEILLER, comme il est exigé par les organismes provinciaux de délivrance des permis (ou les organismes de réglementation), notamment de remettre une « Déclaration du conseiller » par écrit au proposant (si les organismes en question l'exigent).

Nom du conseiller en toutes lettres	Signature du conseiller	Date
Nom du 2 ^e conseiller en toutes lettres (s'il y a lieu)	Signature du 2 ^e conseiller	Date

À remplir par le bureau régional de RBC Assurances

☐ NOUVELLE AFFAIRE	☐ NOUVEAU TYPE DE COUVERTURE	☐ VENTE DE PRODUIT SUPÉRIEUR
☐ MODIFICATION DE LA COMMISSION	☐ CHANGEMENT DE CONSEILLER	

Renseignements sur l'expert-conseil, Vente		Renseignements sur l'expert-conseil, Vente, qui partage la commission	
Nom		Nom	
Code FASAT		Code FASAT	

Renseignements sur le conseiller		Renseignements sur l'autre conseiller qui partage la commission	
Nom		Nom	
Code FASAT		Code FASAT	

Détails du produit			
☐ Vie de base	☐ Vie de base des personnes à charge	☐ Vie facultative	☐ DMA de base
☐ Maladies graves	☐ Maladie complémentaire	☐ Soins dentaires	☐ ICD
☐ ILD	☐ CCS	☐ CCB	☐ Facultative vie dépendant
☐ Facultative vie conjoint	☐ ILD Santé	☐ ILD Dentaires	

Date de signature de la proposition (JJ/MM/AAAA)	Date d'effet (JJ/MM/AAAA)	Province où la proposition a été signée
---	--	---

Changements – conseiller et commission	
Date d'effet du changement	

Complément d'information : Compris les détails du (de la) gestionnaire de la distribution d'assurance collective

Date	
	Personne-ressource du bureau régional
Date	
	Nom et signature du tarificateur
	Nom et signature du tarificateur

Impression