



RBC Assurances

Proposition

d'assurance vie

DIRECTIVES IMPORTANTES

- Cette proposition ne doit servir qu'à la souscription des assurances vie Temporaire 10, Temporaire 20 et Temporaire 100, de l'assurance vie universelle, et des avenants et garanties complémentaires qui s'y rapportent.
- Cette proposition NE DOIT PAS servir à la souscription des assurances maladies graves, invalidité et soins de longue durée.
- Écrire lisiblement à l'aide d'un stylo à encre bleue ou noire.
- Ne rien effacer ni employer de correcteur liquide. Ne pas employer de guillemets de répétition. En cas d'erreur, faire une rature et demander au proposant de la parapher. La proposition est un document juridique qui fait partie intégrante du contrat.
- L'argent ne peut être perçu qu'au moment de remplir la proposition ou de délivrer la police. La proposition, la note de couverture, le reçu et tout paiement doivent tous porter la même date.
- La présente proposition peut servir aux fins de la souscription d'une assurance vie conjointe. Pour obtenir une police distincte pour chaque assuré, il faut remplir une proposition distincte pour chaque police.
- L'âge légalement requis pour signer le contrat est de 18 ans au Québec et de 16 ans dans les autres provinces.

Prendre une décision éclairée

Si vous désirez plus de renseignements au sujet de l'assurance que vous envisagez de souscrire, vous pouvez consulter un spécimen de police à l'adresse

www.rbcassurances.com/specimenpolice

Votre conseiller en assurance peut répondre à toutes vos questions.

COLLECTE ET UTILISATION 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, Inc., 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 ;
- 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 divulgués conformément à ces lois. Les tierces parties peuvent être d'autres compagnies d'assurance, le MIB, Inc. et des institutions financières.

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 nous connaissons votre numéro d'assurance sociale, nous pouvons l'utiliser à des fins d'information fiscale et le communiquer aux organismes gouvernementaux compétents.

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 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 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 pourrions communiquer vos choix aux sociétés de RBC dans le seul but d'en assurer le respect.

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 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
Télocopieur : 905 813-4816**

Nos politiques en matière de confidentialité

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur nos politiques de protection des renseignements personnels en demandant un exemplaire de notre brochure « Prévention des fraudes financières et protection des renseignements personnels », en téléphonant au numéro sans frais indiqué ci-dessus ou en consultant notre site Web à l'adresse www.rbc.com/rensperssecureite.



1. Personne à assurer A

PARTIE 1 (Veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

M. Mme Autre titre (préciser) _____ Femme Homme Fumeur Non-Fumeur

Prénom _____ Second prénom _____

Nom de famille _____ Ancien nom (s'il y a lieu) _____

Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Pays de naissance _____ Âge à l'anniversaire de naissance le plus proche _____

Comprenez-vous le français et/ou l'anglais ? Oui Non (Si non, remplir la « Déclaration d'entente »)

Citoyen canadien Résident permanent (immigrant reçu) Autre (préciser) _____

Depuis combien de temps vivez-vous au Canada ? _____ Langue du contrat : Français Anglais

Adresse du domicile : App. n° _____ Numéro et rue _____ Ville _____

Province _____ Code postal _____ Numéro de téléphone _____

Nom de l'employeur _____ Adresse de l'employeur _____

N° de téléphone _____ Nature des activités de l'entreprise _____

Depuis combien de temps travaillez-vous pour cet employeur ? _____ Profession actuelle _____

2. Personne à assurer B

M. Mme Autre titre (préciser) _____ Femme Homme Fumeur Non-Fumeur

Prénom _____ Second prénom _____

Nom de famille _____ Ancien nom (s'il y a lieu) _____

Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Pays de naissance _____ Âge à l'anniversaire de naissance le plus proche _____

Comprenez-vous le français et/ou l'anglais ? Oui Non (Si non, remplir la « Déclaration d'entente »)

Citoyen canadien Résident permanent (immigrant reçu) Autre (préciser) _____

Depuis combien de temps vivez-vous au Canada ? _____

Adresse du domicile : App. n° _____ Numéro et rue _____ Ville _____

Province _____ Code postal _____ Numéro de téléphone _____

Nom de l'employeur _____ Adresse de l'employeur _____

N° de téléphone _____ Nature des activités de l'entreprise _____

Depuis combien de temps travaillez-vous pour cet employeur ? _____ Profession actuelle _____

3. Titulaire(s) proposé(s)

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)

M. Mme Autre titre (préciser) _____ Prénom ou nom de l'entreprise _____

Second prénom _____ Nom de famille _____

Lien avec les personnes à assurer A et B _____

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

Ville _____ Province _____ Code postal _____

À l'attention de : _____

*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.)

4. Cotitulaire proposé (si la tenance conjointe n'est pas entre les personnes à assurer A et B)

M. Mme Autre titre (préciser) _____ Prénom ou nom de l'entreprise _____

Second prénom _____ Nom de famille _____

Lien avec les personnes à assurer A et B _____

Lien avec le cotitulaire _____

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

Ville _____ Province _____ Code postal _____

À l'attention de : _____

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.)

5. Titulaire subrogé

À remplir si l'avenant d'assurance pour enfants est demandé.

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

M. Mme Autre titre (préciser) _____ Prénom ou nom de l'entreprise _____

Second prénom _____ Nom de famille _____

Lien avec les personnes à assurer A et B _____

6. Bénéficiaire

Les désignations de bénéficiaire sont révocables, sauf stipulation contraire. Au Québec, si le conjoint auquel le propriétaire proposé est légalement marié et est désigné comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable, à moins d'avoir été expressément désigné à titre révocable. La désignation d'un nouveau bénéficiaire ne peut se faire sans l'autorisation par écrit du bénéficiaire irrévocable désigné. Si le bénéficiaire est d'âge mineur, il est recommandé de nommer un fiduciaire afin d'éviter une consignation judiciaire, sauf au Québec. Veuillez remplir le formulaire de désignation de fiduciaire à la page 20. Au Québec, les prestations payables à un mineur sont versées au(x) parent(s) en qualité de tuteur(s).

En cas de désignation d'un mineur comme bénéficiaire irrévocable, sachez que tout changement ayant des répercussions sur la valeur de la police requiert l'autorisation du bénéficiaire irrévocable et une personne mineure ne peut pas donner cette autorisation.

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 %.

PERSONNE À ASSURER A

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

PERSONNE À ASSURER B:

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

7. Assurance en vigueur – Personne à assurer A

Assurance vie sur votre tête en vigueur ou à l'étude ? Oui Non Dans l'affirmative, remplir le tableau ci-dessous.
Remplissez les formulaires de déclaration (formulaires de préavis de remplacement au Québec), au besoin.

| Année d'établissement | Assureur | Montant d'assurance vie, y compris les avenants d'assurance temporaire | | | Autres types d'assurance (p. ex., décès accidentel, maladies graves, invalidité, soins de longue durée) | L'assurance demandée a-t-elle pour objet de remplacer une police en vigueur auprès d'un autre assureur ? | |
|-----------------------|----------|--|-------------|------------|---|--|-----|
| | | Individuelle | Commerciale | Collective | | Oui | Non |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

2. **Transformation** : Numéro de la police en vigueur _____ Transformation totale ? Transformation partielle ?

Solde de la transformation partielle : Maintien ? (il faut respecter le minimum de l'assurance) Résiliation ?

Précisions sur la transformation (montant et type d'assurance) _____

Assurance en vigueur – Personne à assurer B

Assurance vie sur votre tête en vigueur ou à l'étude ? Oui Non Dans l'affirmative, remplir le tableau ci-dessous.
Remplissez les formulaires de déclaration (formulaires de préavis de remplacement au Québec), au besoin.

| Année d'établissement | Assureur | Montant d'assurance vie, y compris les avenants d'assurance temporaire | | | Autres types d'assurance (p. ex., décès accidentel, maladies graves, invalidité, soins de longue durée) | L'assurance demandée a-t-elle pour objet de remplacer une police en vigueur auprès d'un autre assureur ? | |
|-----------------------|----------|--|-------------|------------|---|--|-----|
| | | Individuelle | Commerciale | Collective | | Oui | Non |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

4. **Transformation** : Numéro de la police en vigueur _____ Transformation totale ? Transformation partielle ?

Solde de la transformation partielle : Maintien ? (il faut respecter le minimum de l'assurance) Résiliation ?

Précisions sur la transformation (montant et type d'assurance) _____

8. Objet principal de l'assurance

Individuelle Veuillez cocher tous les choix pertinents.

Commerciale Veuillez cocher tous les choix pertinents.

- Protéger la famille ou l'entreprise contre les problèmes financiers
- Assurer les enfants
- Assurer le transfert ou la répartition intergénérationnel du patrimoine
- Payer les dettes ou l'impôt au décès
- Protéger les actifs contre les créanciers
- Optimiser les économies à l'abri de l'impôt ou le revenu de retraite
- Faire fructifier ou protéger le patrimoine
- Obtenir une avance sur police
- Garantir un prêt bancaire
- Financer un don de bienfaisance

- Protéger un employé clé
- Protéger un prêt à l'entreprise
- Financer une convention de rachat
- Obtenir une avance sur police
- Garantir un prêt bancaire
- Financer un don de bienfaisance
- Planifier la relève de l'entreprise
- Maximiser le compte de dividendes en capital

Autre Veuillez préciser : _____

9. Assurance demandée

1. **Montant d'assurance vie de base :** _____ \$

2. **Formule d'assurance et option de couverture d'assurance vie de base**

| | Temporaire 10 | Temporaire 20 | Temporaire 100 | Assurance vie universelle RBC | Assurance vie universelle RBC avec bonis d'intérêts |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|---|
| Assurance sur une tête | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assurance conjointe premier décès | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assurance conjointe dernier décès | S.O. | S.O. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3.

| Nom des personnes à assurer au titre de l'assurance vie de base | Exonération des primes en cas d'invalidité totale | Garantie en cas de décès accidentel |
|---|---|-------------------------------------|
| 1. _____ | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | \$ _____ |
| 2. _____ | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | \$ _____ |
| 3.** _____ | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | \$ _____ |
| 4. _____ | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | \$ _____ |
| 5. _____ | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | \$ _____ |

**Les contrats sur plus de deux têtes doivent faire l'objet d'une soumission spéciale. S'il y a plus de deux personnes à assurer, veuillez présenter une proposition distincte pour chaque personne à assurer en sus des deux personnes figurant dans la présente proposition et faites des renvois aux propositions.

4. **Exonération des primes**

du payeur : Nom du payeur : _____ N° de proposition : _____

Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s) : _____

5. **Avenant d'assurance temporaire pour enfants :** **Montant d'assurance de chaque enfant assuré :** _____ \$

Nom des enfants à assurer (Veuillez remplir la proposition d'avenant d'assurance temporaire pour enfants à la page 18)

1. _____ 4. _____
 2. _____ 5. _____
 3. _____ 6. _____

6. **Avenant d'assurance temporaire :** Temporaire 10 Assurance sur une tête
 Temporaire 20 Assurance conjointe premier décès **Montant :** _____ \$

Nom des personnes à assurer au titre de cette protection

N° de proposition

1. _____
 2. _____
 3.** _____
 4. _____
 5. _____

7. **Avenant d'assurance temporaire :** Temporaire 10 Assurance sur une tête
 Temporaire 20 Assurance conjointe premier décès **Montant :** _____ \$

Nom des personnes à assurer au titre de cette protection

N° de proposition

1. _____
 2. _____
 3.** _____
 4. _____
 5. _____

S'il y a d'autres personnes à assurer que celles qui figurent dans la présente proposition, veuillez présenter une proposition distincte.

10. Options d'assurance vie universelle RBC

Exposé signé ci-joint

Soumission spéciale du Service de soutien actuariel de RBC Vie

1. Options relatives au capital-décès et au coût de l'assurance :

Capital-décès uniforme avec coût d'assurance croissant annuellement Capital-décès croissant avec coût d'assurance croissant annuellement Capital-décès croissant avec coût d'assurance uniforme

2. Options de maintien du statut d'exemption fiscale (les augmentations d'office du montant de couverture s'appliqueront si vous ne choisissez pas une autre option) :

Augmentations d'office du montant de couverture Pas d'augmentation du montant de couverture Option d'accumulation de l'actif

3. Si vous avez choisi l'option d'accumulation de l'actif, veuillez préciser de quelle manière nous devons gérer les diminutions du montant de couverture :

- a) Ne pas diminuer le montant de couverture avant l'année d'assurance _____ À noter : Les diminutions ne seront pas traitées avant la fin de la cinquième année d'assurance ou la fin de la période de paiement des primes.
- b) Au cours de toute année d'assurance, ne pas diminuer le montant de couverture de plus du montant maximal autorisé ou de _____ %
- c) Mettre fin aux diminutions lorsque le montant de couverture tombe à _____ \$

4. Si vous avez choisi l'assurance conjointe dernier décès :

- a) Voulez-vous qu'un capital-décès anticipé soit versé à même la valeur capitalisée de la police au décès du premier assuré ? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :
- b) Quel pourcentage de la valeur capitalisée de la police devons-nous payer ? Le maximum autorisé ou _____ %
- c) Bénéficiaire du capital-décès anticipé : Le ou les assurés conjoints survivants du régime de base ou

PERSONNE À ASSURER A

| (Prénom) | Nom au complet du bénéficiaire (Second prénom) (Nom de famille) | Révocable ou irrévocable | Lien avec la personne à assurer A (au Québec, le titulaire proposé) | Part (%) |
|----------|--|--------------------------|---|----------|
| | | | | |
| | | | | |

PERSONNE À ASSURER B

| (Prénom) | Nom au complet du bénéficiaire (Second prénom) (Nom de famille) | Révocable ou irrévocable | Lien avec la personne à assurer B (au Québec, le titulaire proposé) | Part (%) |
|----------|--|--------------------------|---|----------|
| | | | | |
| | | | | |

Au Québec, la désignation du conjoint auquel on est légalement marié à titre de bénéficiaire est irrévocable, sauf si elle est expressément faite à titre révocable.

Dans toutes les provinces, sauf le Québec, si le bénéficiaire est mineur, un fiduciaire doit être nommé afin d'éviter une consignation judiciaire. Veuillez remplir la formule de nomination de fiduciaire à la page 20. Au Québec, les prestations qui sont payables à des mineurs sont versées au père ou à la mère encore en vie, à titre de tuteur.

5. Renseignements additionnels requis dans le cas d'une proposition d'assurance vie universelle :

- L'exposé d'assurance vie universelle doit être daté et signé par chacun des proposants et par le conseiller, et joint à la proposition.
- Remplissez le « Complément à la vérification de l'identité », à la page 21.
- Remplissez le formulaire d'affectation des primes, à la page 23. Si aucune affectation des primes n'est choisie, l'option intérêts quotidiens s'appliquera d'office.
- Si une « Solution de vente » a été présentée, notez-le dans le Rapport du représentant à la page 25, et joignez-en une copie à la proposition.

11. Paiement de la prime

- Prime périodique initiale _____ \$
- Assurance vie universelle seulement : Prime additionnelle unique de _____ \$ ci-jointe.
- Mode de règlement : Facturation annuelle avec avis de prime ou débit préautorisé (DPA) mensuel (remplissez le formulaire à la page 17)
- Acquitter la prime mensuelle de la note de couverture de l'assurance vie par DPA ? Oui Non
- La prime de la note de couverture de l'assurance vie a-t-elle été perçue ? Oui Non Dans l'affirmative, indiquez le montant qui a été perçu : _____ \$
- Si la note de couverture de l'assurance vie n'a pas été demandée, la prime initiale sera-t-elle réglée par DPA ? Oui Non
- Note importante lorsque l'on a choisi le DPA comme mode de règlement des primes d'assurance vie universelle :** Pour réduire au minimum le risque de défaut en raison de l'insuffisance du provisionnement ou du rendement des placements, vous devrez peut-être payer une prime minimale additionnelle si la date de prélèvement mensuelle ne correspond pas à la date de la police. Voulez-vous :
 - que nous établissions la date de la police pour qu'elle corresponde avec la date de prélèvement précisée dans le formulaire de DPA à la page 17 ;
 - que nous établissions la date de prélèvement en fonction de la date de la police établie par la Compagnie d'assurance vie RBC ; ou
 - que nous utilisions la date de prélèvement précisée dans le formulaire de DPA à la page 17, sans rajuster la date de la police. Je reconnais que si le DPA est insuffisant, je devrai peut-être payer une prime additionnelle et la police pourrait être en situation d'irrégularité.

12. Renseignements d'ordre financier

- Quel est, en dollar canadiens, votre revenu d'emploi annuel ?
- Quel est, en dollars canadiens, le revenu annuel que vous recevez d'autres sources ?
- Quelle est votre valeur nette approximative en dollars canadiens ?
- Quel est le solde du prêt hypothécaire sur votre résidence privée et / ou votre résidence secondaire ?
- Si vous n'êtes pas autonome financièrement, quel est le revenu brut annuel familial ?

| Personne à assurer A | Personne à assurer B |
|----------------------|----------------------|
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |

À remplir si une assurance commerciale est demandée :

| | | |
|--|----|----|
| 6. Valeur comptable de l'entreprise en dollars canadiens | \$ | \$ |
| 7. Juste valeur marchande de l'entreprise en dollars canadiens | \$ | \$ |
| 8. Bénéfice annuel net avant impôts de l'entreprise en dollars canadiens | \$ | \$ |
| 9. Veuillez remplir les champs suivants : | | |

| Nom des dirigeants | % de participation dans l'entreprise | Montant d'assurance vie en vigueur ou en cours d'étude | Compagnie d'assurance |
|--------------------|--------------------------------------|--|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Répondez aux questions ci-dessous si l'une quelconque des personnes à assurer a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec)

- Montant d'assurance du père. _____ \$ ou Aucun (le cas échéant, veuillez préciser ci-dessous)
- Montant d'assurance de la mère. _____ \$ ou Aucun (le cas échéant, veuillez préciser ci-dessous)
- Les autres enfants de la famille sont-ils tous assurés ? Oui Non (dans la négative, veuillez préciser ci-dessous).
- Montant d'assurance des frères et sœurs _____ \$
- Source de la prime : Parents Autre (préciser) _____
- Avec qui l'enfant habite-t-il ? _____
- Combien la famille compte-t-elle d'enfants ? _____

Veuillez fournir les précisions sur les questions 10 à 13, au besoin :

| Question n° | Précisions |
|-------------|------------|
| | |
| | |
| | |

13. Renseignements personnels – Personnes à assurer A et B

| | A | | B | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | OUI | NON | OUI | NON |
| La personne à assurer : | | | | |
| a) s'est-elle déjà vu refuser une assurance vie ou maladie ou la modification ou la remise en vigueur d'une telle assurance ; ou une telle assurance a-t-elle déjà fait l'objet d'une surprime ou été résiliée, annulée ou modifiée de quelque manière que ce soit ? Dans l'affirmative, veuillez fournir les précisions ci-dessous | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) a-t-elle déjà demandé ou reçu une rente, y compris des prestations d'invalidité du RPC, de la RRQ, des prestations de substitution du revenu, des indemnités ou des prestations de tout genre provenant d'une commission des accidents du travail ou des prestations d'invalidité de l'assurance emploi ? Dans l'affirmative, veuillez fournir les précisions ci-dessous | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) au cours des 24 derniers mois, s'est-elle livrée à une activité sportive ou autre, notamment ce qui suit : course, tout-terrain, benji (saut à l'élastique), rodéo, planche à neige, parachutisme, vol en ultraléger, deltaplane, plongée sous-marine, alpinisme, ski hélicoporté, ski « toutes neiges tous terrains » ou ski de randonnée nordique, ou envisage-t-elle de le faire ? Dans l'affirmative, veuillez fournir les précisions ci-dessous ou remplir le questionnaire pertinent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) a-t-elle déjà effectué un vol à titre de pilote, d'élève-pilote ou a-t-elle été membre d'équipage ou voyagé autrement qu'en tant que passager payant sur un vol régulier au cours des 24 derniers mois, ou envisage-t-elle de le faire ? Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire relatif à l'aviation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) au cours des 12 derniers mois, a-t-elle voyagé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique ou envisage-t-elle de le faire au cours des 12 prochains mois ? Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire Voyage à l'étranger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) a-t-elle été reconnue coupable d'une infraction criminelle au cours des 10 dernières années ou est-elle actuellement accusée d'une infraction de ce genre ? Dans l'affirmative, veuillez fournir les précisions ci-dessous | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) ou le titulaire proposé a-t-il déclaré faillite au cours des 10 dernières années ? Dans l'affirmative, veuillez fournir les précisions ci-dessous, notamment la date de libération, s'il y a lieu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) a-t-elle été reconnue coupable de conduite avec facultés affaiblies ou de toute autre infraction liée à l'usage d'alcool ou de drogue au cours des 10 dernières années ou est-elle actuellement accusée d'une infraction de ce genre ? Dans l'affirmative, veuillez fournir les précisions ci-dessous | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) a-t-elle été reconnue coupable d'une infraction au code de la route, ou s'est-elle fait retirer ou suspendre son permis de conduire au cours des 10 dernières années ou est-elle actuellement accusée d'une infraction de ce genre ? Dans l'affirmative, veuillez fournir les précisions ci-dessous | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Personne à assurer A Date _____ Type _____
(jj/mm/aa)

Numéro du permis de conduire _____ Province de délivrance du permis _____

Personne à assurer B Date _____ Type _____
(jj/mm/aa)

Numéro du permis de conduire _____ Province de délivrance du permis _____

Précisions concernant les réponses affirmatives :

| Personne à assurer A ou B (préciser) | N° de la question | Précisions |
|---|----------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

14. Usage du tabac – Personnes à assurer A et B

Les renseignements fournis ci-dessous serviront à établir le taux de prime de la police et sont essentiels à l'appréciation du risque d'assurance. La compagnie d'assurance vie RBC a le droit de déclarer la police nulle et sans effet si les renseignements pertinents ne sont pas divulgués.

La personne à assurer a-t-elle fait usage des produits suivants au cours des cinq dernières années :

- a) cigarettes et/ou cigarillos
- b) cigares
- c) tabac à chiquer, pipe, tabac à priser
- d) marijuana or haschich
- e) produits de désaccoutumance au tabac, comme le Zyban, les timbres cutanés ou la gomme à mâcher
- f) substituts du tabac, p. ex., noix de bétel, feuilles de bétel, supari, paan, gutka ou shisha

| | Personne à assurer A | Précisions (type, quantité, fréquence de consommation et date de la dernière consommation) | Personne à assurer B | Précisions (type, quantité, fréquence de consommation et date de la dernière consommation) |
|----|---|--|---|--|
| a) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| b) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| c) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| d) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| e) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| f) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |

15. Antécédents médicaux – Personne à assurer A

PARTIE 2

- Taille _____ cm pi/po Poids _____ kg lb
- Avez-vous gagné ou perdu du poids au cours de l'année écoulée ? Oui Non Gain ? Perte ? Préciser _____ kg lb
Dans l'affirmative, indiquez la raison du changement de poids _____
- Êtes-vous actuellement suivi par un médecin ou suivez-vous un traitement, une thérapie ou des séances de counselling ? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez nous fournir tous les détails : _____
- a) Nom et adresse de votre médecin personnel, de votre professionnel de santé ou de la clinique fréquentée (si aucun, veuillez l'indiquer).

- b) Depuis combien de temps êtes-vous son patient ou fréquentez-vous cette clinique ? _____
- a) Date et raison de la dernière consultation avec un médecin, un professionnel de santé ou à une clinique ? _____
- b) Quel a été le diagnostic, quel traitement ou médicament vous a-t-on prescrit ou recommandé ? (si aucun, veuillez l'indiquer) _____
- c) Vous a-t-on recommandé un suivi ou des investigations supplémentaires, ou avez-vous été adressé à un autre professionnel de santé ?
Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir les détails : _____
- d) Était-ce votre médecin habituel ? Oui Non Dans la négative, veuillez fournir le nom et l'adresse au complet du médecin consulté.

- L'un de vos parents, frères ou sœurs naturels, qu'il soit vivant ou décédé, a-t-il déjà eu des antécédents de diabète, de cancer (préciser le type de cancer primitif), d'hypertension, de polypes du côlon, d'une maladie cardiaque, d'une maladie polykystique des reins ou d'une autre maladie rénale, d'un accident vasculaire cérébral, de la sclérose en plaques, de la maladie d'Alzheimer, de la chorée de Huntington, de la maladie du motoneurone, d'une hépatite ou de la maladie de Parkinson ou de toute autre forme de maladie héréditaire ? Oui Non
Veuillez fournir les précisions dans le tableau ci-dessous.

| Membre de la famille / nom | Maladie | Âge au début de la maladie | Âge si vivant | Âge au décès | Cause du décès |
|----------------------------|---------|----------------------------|---------------|--------------|----------------|
| Père | | | | | |
| Mère | | | | | |
| Frère(s) (nombre) | | | | | |
| Sœur(s) (nombre) | | | | | |

16. Antécédents médicaux – Personne à assurer B

1. Taille _____ cm pi/po Poids _____ kg lb
2. Avez-vous gagné ou perdu du poids au cours de l'année écoulée ? Oui Non Gain ? Perte ? Préciser _____ kg lb
Dans l'affirmative, indiquez la raison du changement de poids _____
3. Êtes-vous actuellement suivi par un médecin ou suivez-vous un traitement, une thérapie ou des séances de counselling ? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez nous fournir tous les détails : _____
4. a) Nom et adresse de votre médecin personnel, de votre professionnel de santé ou de la clinique fréquentée (si aucun, veuillez l'indiquer).

b) Depuis combien de temps êtes-vous son patient ou fréquentez-vous cette clinique ? _____
5. a) Date et raison de la dernière consultation avec un médecin, un professionnel de santé ou à une clinique ? _____
b) Quel a été le diagnostic, quel traitement ou médicament vous a-t-on prescrit ou recommandé ? (si aucun, veuillez l'indiquer) _____
c) Vous a-t-on recommandé un suivi ou des investigations supplémentaires, ou avez-vous été adressé à un autre professionnel de santé ?
Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir les détails : _____
d) Était-ce votre médecin habituel ? Oui Non Dans la négative, veuillez fournir le nom et l'adresse au complet du médecin consulté.

6. L'un de vos parents, frères ou sœurs naturels, qu'il soit vivant ou décédé, a-t-il déjà eu des antécédents de diabète, de cancer (préciser le type de cancer primitif), d'hypertension, de polypes du côlon, d'une maladie cardiaque, d'une maladie polykystique des reins ou d'une autre maladie rénale, d'un accident vasculaire cérébral, de la sclérose en plaques, de la maladie d'Alzheimer, de la chorée de Huntington, de la maladie du motoneurone, d'une hépatite ou de la maladie de Parkinson ou de toute autre forme de maladie héréditaire ? Oui Non
Veuillez fournir les précisions dans le tableau ci-dessous.

| Membre de la famille / nom | Maladie | Âge au début de la maladie | Âge si vivant | Âge au décès | Cause du décès |
|----------------------------|---------|----------------------------|---------------|--------------|----------------|
| Père | | | | | |
| Mère | | | | | |
| Frère(s) (nombre) | | | | | |
| Sœur(s) (nombre) | | | | | |

17. Antécédents médicaux – Personnes à assurer A et B

- | | A | | B | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | OUI | NON | OUI | NON |
| 7. Avez-vous déjà souffert ou vous a-t-on déjà dit que vous souffriez des problèmes suivants, ou en avez-vous déjà éprouvé les symptômes ou avez-vous déjà reçu des soins ou traitements pour de tels problèmes : | | | | |
| a) étourdissement, évanouissement, épilepsie, convulsions, tremblements, maladie de Parkinson, maux de tête, migraine, troubles de la parole, paralysie, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), déficience cognitive, trouble de la mémoire, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie du motoneurone, engourdissement ou picotement des membres, neuropathie, faiblesse musculaire ou autre trouble neurologique ou du cerveau ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) anxiété, dépression, nervosité, stress, fatigue, syndrome de fatigue chronique, épuisement professionnel, infection par le virus d'Epstein-Barr, encéphalomyélite myalgique, idées suicidaires, tentative de suicide ou tout autre trouble psychiatrique, émotionnel, comportemental, mental ou nerveux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) maladie ou trouble des yeux, des oreilles, du nez, de la bouche ou de la gorge, y compris la perte de la parole ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) essoufflement, respiration sifflante, toux chronique, bronchite chronique, bronchopneumopathie chronique obstructive, emphysème, asthme, crachement de sang, enrouement, pleurésie, pneumonie, tuberculose, apnée du sommeil ou autre trouble respiratoire ou maladie pulmonaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) hypertension, cholestérol élevé, ECG (électrocardiogramme) anormal, douleur à la poitrine, angine de poitrine, crise cardiaque, infarctus du myocarde, coronaropathie, angiogramme coronaire, angioplastie, chirurgie de l'artère coronaire, palpitations, arythmie, insuffisance cardiaque, gonflement des chevilles, souffle cardiaque, rhumatisme articulaire aigu, anomalie des valves cardiaques, caillot sanguin, thrombophlébite, embolie pulmonaire, maladie vasculaire périphérique, varices ou autres troubles du cœur, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) ulcère, présence de sang dans l'estomac ou hémorragie intestinale, hernie ou rupture d'une hernie, jaunisse, hépatite, porteur d'hépatite, colite, maladie de Crohn, diarrhée chronique ou autre trouble de l'estomac, du colon, des intestins, du foie, de la vésicule biliaire ou du pancréas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. Antécédents médicaux (suite) – Personnes à assurer A et B

| | A | | B | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | OUI | NON | OUI | NON |
| 7. Avez-vous déjà souffert ou vous a-t-on déjà dit que vous souffriez des problèmes suivants, ou en avez-vous déjà éprouvé les symptômes ou avez-vous déjà reçu des soins ou traitements pour de tels problèmes : | | | | |
| g) sucre, protéine, sang ou pus dans les urines, calcul rénal, infection rénale, kystes rénaux, trouble de la prostate, niveau anormal d'APS (antigènes prostatiques spécifiques), trouble des ovaires, de l'utérus, du col utérin, maladie transmise sexuellement, ou tout autre trouble de la vessie, des reins ou des organes reproducteurs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) ou syndrome apparenté au SIDA (ou maladies liées au SIDA) ou avez-vous déjà eu des résultats positifs à un test de dépistage des anticorps du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) rhumatisme, arthrite, goutte, lupus (lupus érythémateux systématique – LES), ostéoporose, amputation ou difformité, fibromyalgie, syndrome de la douleur chronique ou tout autre problème des muscles, des os, des ligaments, des articulations, des disques, du cou, du dos ou de la colonne vertébrale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) cancer, nævus dysplasique, tumeur, kyste, masse, lésion, bosse, nodule, polype ou autre excroissance ou tout trouble de la peau ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) trouble des seins, y compris écoulement anormal, bosses, kystes ou autres masses, autres changements physiques, mammographie anormale ou biopsie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) anémie, troubles de coagulation, troubles du système immunitaire, trouble glandulaire, lymphome, leucémie ou tout autre genre d'hémopathie (maladie du sang) ou trouble des ganglions lymphatiques ou toute infection inexpliquée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) diabète, trouble thyroïdien ou autre trouble endocrinien ou hormonal ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. a) Prenez-vous actuellement des médicaments – prescrits ou non ou des médicaments sans ordonnance – y compris des remèdes à base de plantes médicinales, des remèdes naturopathiques, homéopathiques ou autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Outre les renseignements déjà fournis, avez-vous déjà consulté ou été examiné par un médecin, un chiropraticien, un psychologue, un physiothérapeute, un acupuncteur, un conseiller ou tout autre professionnel de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Outre les renseignements déjà fournis, avez-vous déjà été sous observation ou soigné dans un hôpital, une autre institution ou un autre établissement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Dans les cinq dernières années, vous êtes-vous servi, ou vous servez-vous actuellement, d'appareils médicaux comme un déambulateur, une canne, un fauteuil roulant, une voiturette motorisée, des béquilles, un lit d'hôpital, un monte-escalier, un cathéter, une bouteille d'oxygène, un stimulateur cardiaque, un membre artificiel ou un appareil de correction auditive ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Avez-vous besoin de l'assistance d'une personne pour accomplir des activités de la vie quotidienne comme vous laver, vous habiller, vous nourrir, aller aux toilettes, vous déplacer, par exemple d'un fauteuil à un lit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Avez-vous déjà reçu une transfusion de sang ou de produits du sang ? Dans l'affirmative, veuillez fournir tous les détails ci-dessous | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Avez-vous déjà passé d'autres tests non énumérés ci-dessus, notamment le score de calcification coronaire, un tomodensitogramme, une IRM, des radiographies, un ECG, un examen sanguin ou d'urine ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Avez-vous été avisé de passer des examens, de suivre un traitement, de passer des tests ou de consulter un spécialiste sans y avoir encore donné suite ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Éprouvez-vous tout autre symptôme ou malaise ou avez-vous tout autre problème de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un professionnel de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Dans l'affirmative, indiquez votre consommation hebdomadaire : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|----------|------------------|---------------|----------------------|
| A | Bière (oz. liq.) | Vin (oz liq.) | Spiritueux (oz liq.) |
| B | Bière (oz. liq.) | Vin (oz liq.) | Spiritueux (oz liq.) |

| | A | | B | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | OUI | NON | OUI | NON |
| k) Avez-vous déjà consommé une quantité d'alcool supérieure à celle indiquée ci-dessus ou demandé ou reçu des conseils relativement à votre consommation d'alcool ou vous a-t-on déjà conseillé de consulter ou de recevoir des traitements concernant votre consommation d'alcool, ou avez-vous déjà assisté à des rencontres des Alcooliques Anonymes (AA) ou d'autre organisme semblable ou avez-vous déjà été accusé ou été reconnu coupable d'une infraction ayant trait à la consommation d'alcool ou consommé abusivement de l'alcool ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Avez-vous déjà fait usage de sédatifs, de tranquillisants, de barbituriques, d'hallucinogènes ou de narcotiques, y compris, mais sans pour autant s'y limiter, la cocaïne et la marijuana ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questions réservées aux femmes :

- 9. a) Avez-vous déjà fait une fausse couche, été atteinte de toxémie prééclampsique, de toxémie, subi une césarienne ou eu d'autres complications de grossesse ?
- b) Êtes-vous enceinte ?
- c) Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement _____

| A | | B | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| OUI | NON | OUI | NON |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Précisions concernant les réponses affirmatives aux questions 7 a) à 9 a). Indiquez la date et la durée de chaque manifestation du problème de santé, les symptômes, les diagnostics, le traitement, les résultats d'examen, la durée de l'absence au travail, si le rétablissement est complet ; dans la négative, veuillez donner des précisions sur les séquelles. Veuillez également fournir les noms et adresses de tous les professionnels de santé consultés et de tous les établissements médicaux fréquentés. Si l'espace prévu pour les réponses est insuffisant, veuillez joindre une feuille supplémentaire, datée et signée par le proposant.

| Personne à assurer A ou B (préciser) | Question n° | Précisions |
|---|-------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Déclarations, accords et consentements

Le titulaire proposé et la personne à assurer, si elle n'est pas le titulaire proposé, déclarent chacun qu'à leur connaissance, toutes les déclarations et réponses dans toutes les parties de la présente proposition, ainsi que dans tout supplément à la présente proposition, sont complètes et véridiques. Ils conviennent en outre de ce qui suit :

1. La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) a 90 jours pour étudier et donner suite à la présente proposition à compter de la date de sa signature. Si RBC Vie n'a pas émis d'avis d'approbation ou de refus dans ce délai, la présente proposition sera considérée comme nulle et sans effet.
2. L'assurance, en vertu de la police, ne prend effet que lorsque
 - a) la proposition a été acceptée sans modification par RBC Vie (applicable uniquement dans la province de Québec), ou, dans toutes les autres provinces (et au Québec si la proposition est acceptée sous réserve de modifications), une police a formellement été présentée au titulaire proposé et que celui-ci l'a acceptée ; et
 - b) 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 vous dans le délai imparti ; et
 - c) la prime initiale a été acquittée intégralement ; et
 - d) aucun changement n'est intervenu dans l'assurabilité d'une personne à assurer entre la date de signature de la proposition et la date de délivrance de la police. J'informerai immédiatement RBC Vie par écrit de tout changement aux réponses données aux questions de la présente proposition et aux questions posées par entrevue téléphonique, ainsi que dans tout autre questionnaire et lors de tout examen paramédical (s'il y a lieu) survenant entre la date de la présente proposition, de l'entrevue téléphonique, du ou des questionnaires et de l'examen paramédical (s'il y a lieu), et la date de délivrance de la police. Si la Partie 2 – Antécédents médicaux est présentée avant la proposition, la proposition sera considérée comme ayant été présentée en même temps que les renseignements sur les antécédents médicaux.
3. RBC Vie pourra annuler et rendre sans effet la police et la note de couverture s'il y a fausse déclaration ou omission de faits essentiels à l'appréciation du risque d'assurance dans l'une des sections de la proposition, lors d'un examen paramédical ou médical, d'une entrevue téléphonique ou dans tout questionnaire rempli en rapport avec la proposition.
4. Le contrat est constitué de la police, des avenants, des exclusions, des modifications et autres documents annexés à la présente de même que de toutes les parties remplies de la proposition, supplément à la proposition et questionnaire. Le fait d'accepter la police revient à en accepter les modalités et à ratifier les changements stipulés par RBC Vie dans la police.
5. Aucune déclaration, ni aucun renseignement recueilli par un représentant de RBC Vie, ou par un médecin examinateur, ne doit être attribué à RBC Vie ou ne lie cette dernière, à moins que ledit renseignement ne soit contenu dans la proposition ou dans toute déclaration d'état de santé et dans toute preuve d'assurabilité connexe. Seul un membre de la direction de RBC Vie peut a) altérer ou modifier les modalités de la présente proposition ou de la police, ou b) renoncer à un droit ou à une exigence de RBC Vie.
6. J'ai lu et compris la section intitulée « Collecte et utilisation des renseignements personnels » et j'accepte ses conditions.
7. J'ai reçu et lu une copie de l'Avis concernant le MIB, Inc.
8. À moins de stipulation contraire à la question relative à la langue du contrat de la présente proposition, il a été expressément demandé que le contrat et tous les documents qui s'y rapportent soient rédigés en français. (Unless otherwise requested in the Language of Policy question in this application, the policy and all related documents have been expressly requested to be in the French language.)

Fait à _____ le _____
Ville, Province Jour Mois Année

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

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

Signature du témoin

Signature du titulaire proposé (s'il n'est pas l'une des personnes à assurer) (si le titulaire
est une personne morale, inscrire le titre du signataire autorisé ; si le titulaire est un
fiduciaire, il doit signer en tant que fiduciaire et indiquer la fiducie)

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Signature du cotitulaire proposé (s'il y a lieu)

*Au Québec, s'il y a plus d'un tuteur, tous les tuteurs doivent signer, à moins que l'un des tuteurs n'ait donné à l'autre 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 ou mon emploi passé et actuel, 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, Inc. ; ainsi que toute autre personne, agence, agence d'évaluation du crédit ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçu 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 ou des demandes de règlement éventuelles ou pour établir la validité de la police. J'autorise la compagnie à divulguer lesdits renseignements, dossiers et données reçus, dans la mesure raisonnablement nécessaire aux fins visées, au MIB, Inc., à d'autres compagnies d'assurance ou à tout réassureur. L'autorisation d'obtenir des renseignements reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, est aussi valide que l'original.

Fait à _____ le _____
Ville, Province Jour Mois Année

Signature de la personne à assurer A, ou de ses parents/tuteurs si la personne à assurer A a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec)

Signature de la personne à assurer B, ou de ses parents/tuteurs si la personne à assurer B a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec)

079551

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 ou mon emploi passé et actuel, 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, Inc. ; ainsi que toute autre personne, agence, agence d'évaluation du crédit ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçu 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 ou des demandes de règlement éventuelles ou pour établir la validité de la police. J'autorise la compagnie à divulguer lesdits renseignements, dossiers et données reçus, dans la mesure raisonnablement nécessaire aux fins visées, au MIB, Inc., à d'autres compagnies d'assurance ou à tout réassureur. L'autorisation d'obtenir des renseignements reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, est aussi valide que l'original.

Fait à _____ le _____
Ville, Province Jour Mois Année

Signature de la personne à assurer A, ou de ses parents/tuteurs si la personne à assurer A a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec)

Signature de la personne à assurer B, ou de ses parents/tuteurs si la personne à assurer B a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec)

Demande de note de couverture

En cas de réponse affirmative à l'une des questions suivantes et/ou si l'une quelconque des personnes à assurer a moins de 15 jours ou plus de 65 ans, la personne à assurer n'est pas admissible à la note de couverture. Dans ce cas, il ne faut pas établir de note de couverture.

| | Personne à assurer A | | Personne à assurer B | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La personne à assurer : | OUI | NON | OUI | NON |
| 1. a-t-elle été traitée pour un trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins, crise cardiaque, hypertension artérielle, douleur thoracique, ECG (électrocardiogramme) anormal, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, diabète, maladie chronique des reins, du foie ou pulmonaire, cancer ou tumeur, sclérose en plaques, paralysie, maladie du motoneurone, maladie d'Alzheimer, maladie de Huntington, maladie de Parkinson, SIDA, syndrome apparenté du SIDA ou infection au VIH, perte de la parole, cécité ou surdité ou en a-t-elle déjà présenté les signes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. au cours de la dernière année, a-t-elle été admise dans un centre hospitalier ou autre établissement médical (autrement que pour un accouchement normal) ou lui a-t-on conseillé de l'être ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. s'est-elle fait conseiller de passer des tests, examens ou de subir une intervention chirurgicale sans y avoir encore donné suite ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. au cours des 12 derniers mois, s'est-elle vu refuser une assurance vie, la modification ou remise en vigueur d'une assurance vie, ou une telle assurance a-t-elle été établie autrement qu'aux taux standard ou été modifiée de quelque manière que ce soit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'une des personnes à assurer : | | | | |
| 5. a-t-elle des symptômes pour lesquels elle n'a pas encore cherché à suivre un traitement, pour lesquels un traitement est prévu ou pour lesquels elle est en attente d'un traitement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fait à _____ le _____
Ville, Province Jour Mois Année

Signature de la personne à assurer A, ou de ses parents/tuteurs si la personne à assurer A a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec)

Signature de la personne à assurer B, ou de ses parents/tuteurs si la personne à assurer B a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec)

Signature du titulaire (s'il n'est pas l'une des personnes à assurer)

Signature du cotitulaire proposé (s'il n'est pas l'une des personnes à assurer)

079551

Reçu de la note de couverture applicable à l'assurance vie (seulement si le proposant en fait la demande)

La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) accuse réception de la somme de _____ \$, au moins l'équivalent d'une prime mensuelle (1/12 de la prime annuelle si la prime est acquittée annuellement) aux taux ordinaires de la police d'assurance demandée au titre de la présente note de couverture applicable à l'assurance vie (assurance vie provisoire) ; ou encore RBC Vie a reçu l'autorisation dans cette proposition d'assurance vie (la « proposition d'assurance vie ») de prélever cette somme immédiatement par débit préautorisé en paiement de la prime d'assurance sur la tête de

Personne(s) à assurer

Fait à _____ le _____
Ville, Province Jour Mois Année

Signature du représentant

La note de couverture, la proposition d'assurance et le paiement par chèque (s'il y a lieu) doivent tous porter la même date, faute de quoi la note de couverture sera nulle et sans effet.

Note de couverture applicable à l'assurance vie (assurance vie provisoire)

La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) accepte d'assurer la personne à assurer désignée dans le reçu de la note de couverture applicable à l'assurance vie (appelée « personne à assurer » dans la présente note de couverture), sous réserve des conditions ci-dessous.

Assurance

L'assurance vie provisoire entre en vigueur dès la signature de la proposition d'assurance vie et de la demande de note de couverture applicable à l'assurance vie (assurance vie provisoire) et la réception du paiement demandé aux termes de la note de couverture applicable à l'assurance vie. Dans l'éventualité du décès de la personne à assurer (s'il y a plus d'une personne à assurer, au premier ou au dernier décès, selon la proposition d'assurance vie) pendant que la présente assurance vie provisoire est en vigueur, RBC Vie versera au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans la proposition d'assurance vie, sous réserve d'un maximum de 1 000 000 \$ au titre de la présente assurance vie provisoire et de toute autre assurance vie provisoire établie par RBC Vie sur la tête de la personne à assurer, la MOINDRE des sommes ci-dessous :

- a) le montant d'assurance vie demandé dans la proposition, OU
- b) 1 000 000 \$.

Si le montant total d'assurance vie demandé sur la tête de la personne à assurer dans la proposition d'assurance vie est supérieur au maximum payable au titre de l'assurance vie provisoire, et que le décès de la personne à assurer survient pendant qu'elle est assurée au titre de l'assurance vie provisoire, RBC Vie remboursera la partie du paiement effectué pour le montant d'assurance en excédent du maximum payable au titre de l'assurance vie provisoire.

Fin de la note de couverture applicable à l'assurance vie

L'assurance au titre de la note de couverture (assurance vie) prend fin à la première des éventualités suivantes :

- a) 90 jours après la date de signature de la proposition ; OU
- b) la date à laquelle RBC Vie envoie par la poste l'avis de résiliation de l'assurance prévue par la note de couverture ; OU
- c) la date d'entrée en vigueur de la police établie par RBC Vie par suite de la proposition ; OU
- d) la date à laquelle le ou les titulaires proposés refusent la délivrance de la police établie par suite de la proposition, ou refusent la police pour quelque motif ; OU
- e) la date à laquelle le ou les titulaires proposés demandent à RBC Vie de résilier la note de couverture ou retirent la proposition ; OU
- f) le jour du décès de la personne à assurer (s'il y a plus d'une personne à assurer, au premier ou au dernier décès, selon la proposition d'assurance vie).

Sauf en cas de fraude, le paiement reçu par RBC Vie est remboursé si l'assurance prend fin conformément aux dispositions des paragraphes a), b), (d) ou e).

Restrictions et exclusions

- a) En cas de fausse déclaration ou d'omission de faits importants dans l'une des parties de la proposition d'assurance, de la note de couverture, d'un supplément ou d'un questionnaire à la proposition lors d'un examen paramédical ou médical, aucune assurance vie provisoire n'entre en vigueur et RBC Vie doit, sauf en cas de fraude, rembourser le paiement reçu au titre de la note de couverture.
- b) RBC Vie n'a aucune obligation contractuelle si la personne à assurer décède par suite d'un suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non ; par contre, RBC Vie doit rembourser la prime qu'elle a reçue au titre de la note de couverture.
- c) Aucun avenant d'assurance décès accidentel, invalidité / remplacement du revenu, maladies graves, avenant d'assurance temporaire pour enfants ou remboursement / exonération des primes n'est fourni au titre de la note de couverture.
- d) L'assurance vie provisoire n'entre pas en vigueur si le proposant n'a pas répondu à l'une des questions dans la demande de note de couverture ou a fourni une réponse affirmative à l'une de ces questions ou n'a pas signé la proposition d'assurance vie ou la demande de note de couverture applicable à l'assurance vie, ou si la personne à assurer est âgée de moins de 15 jours ou est âgée de plus de 65 ans, ou si le paiement effectué pour l'assurance vie provisoire n'est pas honoré sur présentation et / ou si la demande de note de couverture applicable à l'assurance vie, la proposition d'assurance vie et le chèque (s'il y a lieu) ne portent pas tous la même date.
- e) La note de couverture applicable à l'assurance vie n'est pas offerte si la proposition d'assurance vie est présentée au titre de la disposition de transformation d'une police en vigueur ou de l'option de transformation au titre d'un avenant d'une police en vigueur.

Avis concernant le MIB, Inc.

Les renseignements relativement à votre assurabilité seront traités confidentiellement. La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) ou ses réassureurs peuvent toutefois soumettre un rapport sommaire au MIB, Inc., organisme sans but 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 lui en faites la demande, le MIB prendra les dispositions nécessaires pour vous communiquer les renseignements contenus dans votre dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez demander qu'on les rectifie en écrivant à l'adresse suivante :

MIB, Inc., 330 University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1R7

Téléphone : (416) 597-0590

Site Web : <http://www.mib.com>

RBC Vie, ou ses réassureurs, peut 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)

Dans le cadre du processus de tarification, vous pourriez devoir répondre à un entretien téléphonique. Cet entretien sur les antécédents personnels (EAP) est mené par des interviewers spécialement formés. L'entretien prendra de 10 à 15 minutes. Étant donné que nous souhaitons vous offrir la possibilité de choisir le moment et l'endroit qui vous conviennent le mieux pour répondre à ces questions, nous vous demandons d'indiquer sur la proposition si vous souhaitez être contacté(e) à votre domicile ou au travail et le moment où vous préférez recevoir cet appel.

Les questions que vous posera l'interviewer permettront de préciser les renseignements que vous aurez indiqués sur votre proposition. Ces questions ont trait aux aspects personnel, financier et médical de l'assurabilité. Nous utilisons également l'EAP dans le but de recueillir les réponses omises, ou pour des réponses dont les explications sont insuffisantes.

Toute information recueillie au cours de l'EAP restera strictement confidentielle et ne pourra être divulguée à quiconque sans votre consentement écrit.

Votre collaboration nous permettra de pouvoir vous offrir le meilleur service de tarification possible.

Accord de débit préautorisé (DPA)

Veillez lire avec attention la section intitulée « Collecte et utilisation des renseignements personnels ».

Le payeur nommé ci-après convient 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 conformément au calendrier de paiement des primes de sa police ou de ses polices, y compris la prime initiale, et/ou la prime de la note de couverture, s'il en fait la demande dans la proposition.
- 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 ses instructions verbales ou écrites. Il convient qu'à l'occasion, il peut autoriser RBC Vie à effectuer ces prélèvements sur un autre compte, suivant ses 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 l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.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.cdnpay.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 police numéros _____
3. Directives spéciales (les prélèvements ne peuvent avoir lieu que du 1er au 28 du mois) _____

Coordonnées bancaires :

Veillez 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 _____ le _____

 Ville, Province Jour 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) |
|---------------------|--|



- L'enfant doit être un enfant naturel ou adoptif d'une des personnes à assurer nommées dans la proposition d'assurance vie.
- Un titulaire subrogé doit être désigné dans la proposition principale (voir la section 5 de la page 2 de la proposition principale).
- Les enfants doivent être âgés d'au moins 14 jours et de moins de 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.

Montant du capital assuré _____ \$

Nom des enfants

| | | | |
|----|---|---|---|
| a) | Prénom | Second prénom | Nom de famille |
| | Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> | Date de naissance (jj/mm/aa) | Âge à l'anniversaire le plus proche |
| | Taille cm <input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> | Poids kg <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> | Lien avec la(les) personne(s) à assurer |
| | Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s) | | |
| b) | Prénom | Second prénom | Nom de famille |
| | Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> | Date de naissance (jj/mm/aa) | Âge à l'anniversaire le plus proche |
| | Taille cm <input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> | Poids kg <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> | Lien avec la(les) personne(s) à assurer |
| | Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s) | | |
| c) | Prénom | Second prénom | Nom de famille |
| | Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> | Date de naissance (jj/mm/aa) | Âge à l'anniversaire le plus proche |
| | Taille cm <input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> | Poids kg <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> | Lien avec la(les) personne(s) à assurer |
| | Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s) | | |

Antécédents médicaux

| | 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Les enfants susnommés habitent-ils tous avec l'une des personnes à assurer ? Dans la négative, indiquez avec qui ils habitent et la fréquence des visites de la personne à assurer avec l'enfant. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Enfant | N° de la question | Précisions |
|--------|-------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Déclarations 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 RBC Vie.

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 demande 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 autre donnée 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 je les charge 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, Inc. ; 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.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçu 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 et de la vérification de la validité de la police.

J'autorise la compagnie à divulguer lesdits renseignements, dossiers et données reçus, dans la mesure raisonnablement nécessaire aux fins visées, au MIB, Inc., à d'autres compagnies d'assurance ou à tout réassureur.

L'autorisation d'obtenir des renseignements 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.

Fait à _____ le _____
Ville, Province Jour Mois Année

Signature du parent (tuteurs au Québec)*

Signature du parent (tuteurs au Québec)*

Signature d'un enfant de 16 ans ou plus, ou de 18 ans ou plus au Québec

Signature d'un enfant de 16 ans ou plus, ou de 18 ans ou plus au Québec

Signature du témoin

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

*Au Québec, s'il y a plus d'un tuteur, les deux tuteurs doivent signer, à moins que l'un des tuteurs n'ait donné à l'autre une procuration l'autorisation à agir unilatéralement au nom de l'enfant.





- Recommandé pour les bénéficiaires mineurs dans toutes les provinces à l'exception du Québec.
- Recommandé dans toutes les provinces pour les bénéficiaires frappés d'incapacité légale.
- À remplir si le titulaire proposé désire nommer un fiduciaire pour un bénéficiaire et qu'un fiduciaire n'a pas déjà été nommé aux termes d'un contrat de fiduciaire écrit.

Nom du titulaire proposé

Prénom ou nom de la société

Deuxième prénom

Nom de famille

Nom du cotitulaire
proposé (s'il y a lieu)

Prénom ou nom de la société

Deuxième prénom

Nom de famille

Numéro de police (si connu) ou numéro de la proposition

Je nomme

Prénom

Deuxième prénom

Nom de famille

Lien avec la personne à assurer

en qualité de fiduciaire, avec pouvoir de pleine administration, pour recevoir, en fiducie, les prestations payables en vertu de la police.

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.

Date

Jour

Mois

Année

Signature du (des) titulaire(s) proposé(s)

Signature du témoin

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)



En vertu de la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité (blanchiment d'argent) et le financement des activités terroristes (LRPCFAT)*, vous devez remplir le présent document et le joindre à toute proposition d'assurance vie universelle (pour l'établissement d'une nouvelle police ou la transformation en un contrat d'assurance vie universelle).

Partie 1 – Renseignements sur le tiers (à remplir en toutes circonstances)

La présente demande est-elle faite au nom d'une autre personne ou société que la (les) personne(s) à assurer ou le (les) titulaire(s) proposé(s) ?
Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants sur le tiers :

Nom _____

Adresse _____

Date de naissance (jj/mm/aa) (s'il y a lieu) : _____

Si le tiers est une entité constituée en personne morale, veuillez indiquer le numéro et le lieu de délivrance du certificat de constitution :

Entreprise ou activité professionnelle principale : _____

Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s) : _____

S'il y a plusieurs tiers, veuillez annexer une feuille séparée et y indiquer pour chacun les renseignements demandés.

Partie 2.1 – Vérification de l'identité du titulaire proposé – Particulier ou fiduciaire (personne physique)

Veuillez vérifier l'identité du titulaire proposé en fournissant les renseignements demandés ci-dessous. Seuls les documents originaux qui ne sont pas périmés peuvent servir à vérifier l'identité d'une personne.

Date de naissance (jj/mm/aa) (s'il y a lieu) : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Entreprise ou activité professionnelle principale : _____

Certificat de naissance Permis de conduire Carte de citoyenneté canadienne Carte de résident permanent Passeport

N° du document _____ Date d'expiration (jj/mm/aa) (s'il y a lieu) : _____

Territoire de délivrance (ville/pays) _____

Partie 2.2 – Vérification de l'identité du cotitulaire proposé – Particulier ou fiduciaire (personne physique)

Veuillez vérifier l'identité du cotitulaire proposé en fournissant les renseignements demandés ci-dessous. Seuls les documents originaux qui ne sont pas périmés peuvent servir à vérifier l'identité d'une personne.

Date de naissance (jj/mm/aa) (s'il y a lieu) : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Entreprise ou activité professionnelle principale : _____

Certificat de naissance Permis de conduire Carte de citoyenneté canadienne Carte de résident permanent Passeport

N° du document _____ Date d'expiration (jj/mm/aa) (s'il y a lieu) : _____

Territoire de délivrance (ville/pays) _____

Partie 2.3 – Vérification de l'identité du titulaire proposé – Personne morale, fiduciaire ou entité sans personnalité morale (entité autre qu'une personne physique)

Numéro d'entreprise : _____

Veuillez confirmer l'existence de l'entité au moyen d'un des documents énumérés ci-après :

Statuts Certificat de constitution de la personne morale Contrat de société Convention de fiducie

Autre (préciser) : _____

Une photocopie du document doit accompagner la proposition.

Fournir les renseignements ci-dessous sur chacun des titulaires proposés indiqués à la partie 2.3.

(Certaines exemptions s'appliquent. Pour obtenir plus de précisions, visitez le site Web du Centre d'analyse des opérations et déclarations financières du Canada (CANAFE) au <http://www.fintrac.gc.ca> (voir la ligne directrice 6A – Tenue de documents et vérification de l'identité des clients – Sociétés d'assurance-vie et représentants d'assurance-vie. Veuillez communiquer directement avec nous concernant la documentation à fournir pour recevoir une exemption, s'il y a lieu.)

Veillez fournir les renseignements suivants à propos des personnes qui détiennent ou contrôlent, directement ou indirectement : a) 25 % ou plus de l'entité sans personnalité morale ou b) 25 % ou plus des actions de la personne morale.

| Nom | Adresse | Poste |
|-----|---------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

En ce qui concerne les personnes morales, veuillez fournir les renseignements suivants à propos des administrateurs :

| Nom | Poste |
|-----|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Le titulaire ou cotitulaire proposé est-il un organisme à but non lucratif ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez répondre à la question suivante :

L'organisme sans but lucratif est-il un organisme de bienfaisance enregistré auprès de l'Agence du revenu du Canada au titre de la *Loi de l'impôt sur le revenu* ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser le numéro d'enregistrement : _____

Dans la négative, s'agit-il d'un organisme qui sollicite des dons en argent auprès du public ? Oui Non

Déclaration du représentant :

Je soussigné, représentant, confirme que le titulaire et le cotitulaire (s'il y a lieu) a (ont) présenté des documents originaux attestant de son (leur) identité. Oui Non

Dans la négative, veuillez expliquer pourquoi. _____

Date (jj/mm/aa) : _____ Signature _____

En cas de changement des renseignements fournis dans cette formule, veuillez communiquer immédiatement avec nous afin que nous puissions mettre nos dossiers à jour.

Toute proposition d'assurance vie universelle doit être accompagnée de cette formule, dûment remplie. Sans cette formule, la proposition d'assurance vie universelle ne sera pas traitée.





Proposition ou Police numéro :

Assuré(s) :

A Affectation de la prime initiale

Options de dépôt à intérêt fixe

| | |
|--|---|
| Option de dépôt à intérêt quotidien | % |
| Option de portefeuille à moyen terme à intérêt garanti | % |
| Option de portefeuille à long terme à intérêt garanti | % |
| Option de dépôt à terme à intérêt garanti 1 an | % |
| Option de dépôt à terme à intérêt garanti 3 ans | % |
| Option de dépôt à terme à intérêt garanti 5 ans | % |
| Option de dépôt à terme à intérêt garanti 10 ans | % |

Options de dépôt à intérêt variable lié à un indice

| | |
|--|---|
| Actions canadiennes (S&P/TSX 60) | % |
| Titres can. serv. finan. (Ind. plaf. serv. fin. S&P/TSX) | % |
| Titres can. de l'énergie (Ind. plaf. énergie S&P/TSX) | % |
| Actions américaines (S&P 500) | % |
| Actions européennes (S&P Europe 350) | % |

Options de fonds à intérêt variable

| | | | |
|--|---|--|-------------|
| Portefeuille prudence sélect RBC® | % | Fonds canadien de dividendes RBC | % |
| Portefeuille équilibré sélect RBC | % | Fonds nord-américain de dividendes RBC | % |
| Portefeuille de croissance sélect RBC | % | Fonds nord-américain de croissance RBC | % |
| Portefeuille croissance dynamique sélect RBC | % | Fonds actions 100 % can. O'Shaughnessy RBC | % |
| Fonds canadien de revenu à court terme RBC | % | Fonds d'actions américaines RBC | % |
| Fonds d'obligations RBC | % | Fonds de valeur américain O'Shaughnessy RBC | % |
| Fonds d'obligations étrangères RBC | % | Fonds sociétés amér. à moy. capitalisation RBC | % |
| Fonds équilibré RBC | % | Fonds mondial de croissance de dividendes RBC | % |
| Fonds de croissance équilibré RBC | % | Fonds d'actions internat. O'Shaughnessy RBC | % |
| Fonds d'actions canadiennes RBC | % | | |
| | | | 100% |

B Affectation des primes futures

Comme l'affectation initiale sauf indication contraire

Options de dépôt à intérêt fixe

| | |
|--|---|
| Option de dépôt à intérêt quotidien | % |
| Option de portefeuille à moyen terme à intérêt garanti | % |
| Option de portefeuille à long terme à intérêt garanti | % |
| Option de dépôt à terme à intérêt garanti 1 an | % |
| Option de dépôt à terme à intérêt garanti 3 ans | % |
| Option de dépôt à terme à intérêt garanti 5 ans | % |
| Option de dépôt à terme à intérêt garanti 10 ans | % |

Options de dépôt à intérêt variable lié à un indice

| | |
|--|---|
| Actions canadiennes (S&P/TSX 60) | % |
| Titres can. serv. finan. (Ind. plaf. serv. fin. S&P/TSX) | % |
| Titres can. de l'énergie (Ind. plaf. énergie S&P/TSX) | % |
| Actions américaines (S&P 500) | % |
| Actions européennes (S&P Europe 350) | % |

Options de fonds à intérêt variable

| | | | |
|--|---|--|-------------|
| Portefeuille prudence sélect RBC | % | Fonds canadien de dividendes RBC | % |
| Portefeuille équilibré sélect RBC | % | Fonds américain de dividendes RBC | % |
| Portefeuille de croissance sélect RBC | % | Fonds nord-américain de croissance RBC | % |
| Portefeuille croissance dynamique sélect RBC | % | Fonds actions 100 % can. O'Shaughnessy RBC | % |
| Fonds canadien de revenu à court terme RBC | % | Fonds d'actions américaines RBC | % |
| Fonds d'obligations RBC | % | Fonds de valeur américain O'Shaughnessy RBC | % |
| Fonds d'obligations étrangères RBC | % | Fonds sociétés amér. à moy. capitalisation RBC | % |
| Fonds équilibré mondial RBC | % | Fonds mondial de croissance de dividendes RBC | % |
| Fonds de croissance équilibré RBC | % | Fonds d'actions internat. O'Shaughnessy RBC | % |
| Fonds d'actions canadiennes RBC | % | | % |
| | | | 100% |

C Autres instructions à l'intention des Affaires nouvelles

D En apposant ma signature ci-dessous, je comprends que...

Je peux changer le montant des primes que j'affecte à mon régime d'assurance vie universelle à condition que je réponde aux exigences en matière de financement de la police, ou je peux modifier mes directives d'affectation des primes en tout temps, en remplissant une demande de modification d'ordre financier. Aucun frais ne s'appliquent aux quatre premières demandes de modification d'ordre financier traitées au cours d'une année contractuelle donnée. Toutefois, la Compagnie d'assurance vie RBC se réserve le droit d'imposer des frais de transaction de 25 \$ pour chaque demande additionnelle au cours de la même année.

Les intérêts réalisés sur les options de dépôt à intérêt variable peuvent être positifs ou négatifs, ce qui peut augmenter ou diminuer la valeur capitalisée de ma police. Je peux obtenir de l'information sur les options de dépôt à intérêt offertes à l'adresse www.rbcassurances.com/rendements ou en m'adressant à mon conseiller.

Toute somme transférée ou retirée d'une option de dépôt à intérêt garanti avant la fin du terme peut être assujettie à un redressement de la valeur marchande.

Ce formulaire doit parvenir à la Compagnie d'assurance vie RBC avant midi, heure normale de l'Est, pour être considéré comme ayant été reçu le jour ouvrable en question. Les formulaires reçus après midi seront traités dans la mesure du possible, mais peuvent être considérés comme ayant été reçus le jour ouvrable suivant. Les télécopies sont acceptées, sauf au Québec où l'original est exigé. Une seule directive d'affectation peut s'appliquer aux différentes primes payées à la même date d'entrée en vigueur.

Toute correction apportée au formulaire doit être paraphée par tous les signataires.

Nom du titulaire de police

Date (jj/mm/aa)

Signature du titulaire de police

Si la police est détenue par une société, titre du signataire ou sceau de la société

Nom du cotitulaire, le cas échéant

Date (jj/mm/aa)

Signature du cotitulaire

Date (jj/mm/aa)

Témoin



Rapport du représentant

1. Depuis combien de temps connaissez-vous la (les) personne(s) à assurer ? _____ ans
2. Les négociations entreprises aux fins de cette proposition d'assurance ont-elles été entamées par : vous ? la personne à la (les) personne(s) à assurer ? le (les) titulaire(s) proposé(s) ?
3. La (les) personne(s) à assurer est (sont) disponible(s) pour un entretien sur les antécédents personnels par téléphone. Quel est le meilleur moment pour lui téléphoner ? Bureau Maison à _____ heure locale.
4. a) Étiez-vous présent au moment de remplir la proposition ? Oui Non
b) Quelles sont les personnes qui étaient présentes au moment de remplir la proposition ? _____
5. Antidater pour sauvegarder l'âge ? Oui Non (On utilise l'âge au plus proche anniversaire lors de la prise de décision par le service de tarification et non pas la date de la proposition.)
Autre date requise (jj/mm/aa) _____
6. Preuve – Les exigences suivantes ont été commandées :
Profil sanguin ECG/ECG effort Rapport d'enquête Méd. interne Examen médical Dossier de conduite automobile
Examen paramédical Urine-HIV Autre (préciser) _____
Compagnie de services paramédicaux utilisée _____
7. Un ou des exposés sur les solutions d'assurance ont-ils été présentés au proposant ? Oui Non
001- Rachat d'actions 008-Solution d'optimisation de l'assurance : Optimiser le rendement de votre placement
002- Acheter une temporaire et investir 009-Solution d'optimisation de l'assurance : Réduire le coût de votre assurance
003-Dons de bienfaisance 010-Rente assurée
004-Optimiser du patrimoine 011-Convention de retraite
005-Protéger du patrimoine 012-Optimisez votre revenu de retraite
006-Parage du patrimoine familial 013-Optimiseur de patrimoine FERR
007-Transfert intergénérationnel du patrimoine 014-Partage des primes

8. Déclaration du représentant :

J'ai expliqué clairement les dispositions et restrictions de la police demandée et, s'il y a lieu, de la note de couverture à la (aux) personne(s) à assurer et au(x) titulaire(s) proposé(s). J'ai posé distinctement toutes les questions comprises dans la proposition ou la (les) personne(s) à assurer et le (les) titulaire(s) proposé(s) les ont lues distinctement. À ma connaissance, toutes les réponses et déclarations figurant dans la proposition ont été transcrites intégralement et correctement. Aucun renseignement pertinent au sujet de la (les) personne(s) à assurer n'a, pour autant que je sache, été passé sous silence dans la proposition. Si une police est établie, je ne la délivrerai au(x) titulaire(s) proposé(s) qu'après avoir obtenu confirmation que toutes les conditions requises pour délivrer le contrat ont été remplies et qu'aucun changement n'est intervenu dans l'assurabilité de la (des) personne(s) à assurer. Il est entendu que je ne suis pas habilité à modifier la proposition, la note de couverture ou les dispositions de la police, si celle-ci est établie. 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 au(x) titulaire(s) proposé(s).

| | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|--|
| Date (jj/mm/aa) | | | | |
| Signature du représentant | | | | |
| Nom du représentant | | | | |
| Nom de société du représentant | | | | |
| Bureau de commercialisation | | | | |
| Part | % | Code du représentant de service (assurance vie) : | % | Code du représentant (assurance vie) : |

Veuillez utiliser cet espace pour nous communiquer des directives particulières ou nous fournir tout autre renseignement pertinent à l'évaluation du risque, par exemple : activité professionnelle, aviation, passe-temps, objet de l'assurance, montant, revenu, problèmes de santé, habitudes, finances, remplacement, intérêt assurable.



RBC Assurances

© / MC Marque(s) de commerce de la Banque Royale du Canada. Utilisée(s) sous licence. VPS 69494 – 89605 (06/2012)