

Proposition d'assurance invalidité

UTILISER LA PRÉSENTE PROPOSITION POUR TOUS LES PRODUITS
D'ASSURANCE INVALIDITÉ, SAUF POUR LA SÉRIE FONDAMENTALE®



EXIGENCES D'ORDRE FINANCIER POUR TOUS LES PROPOSANTS

Entreprise/situation d'emploi	Montant demandé ou en vigueur de moins de 10 000 \$ (montant forfaitaire de 400 000 \$)	Montant demandé ou en vigueur de 10 000 \$ ou plus (montant forfaitaire de 400 001 \$ ou plus)
Si le proposant est : Employé, sans participation dans l'entreprise	Joindre à la proposition : Aucun document financier nécessaire	Joindre à la proposition : T4 et T1*
Employé déclarant des déductions pour dépenses professionnelles ou employé à commission déclarant des déductions professionnelles	T1*	T4 et T1*
Propriétaire/actionnaire d'une société juridiquement constituée	T1* et état des résultats de l'entreprise	T4 et T1* et états financiers complets de l'entreprise***
Membre d'une profession libérale, propriétaire ou associé d'une entreprise non constitué en société	T1* et T2125**	T1* et T2125**
Agriculteur constitué en société	T1* <u>et</u> bilan, état des résultats et annexe 8 (Déduction pour amortissement) des derniers états financiers de la société ; <u>et</u> T2 annexe 1 (Revenu net (perte nette) aux fins de l'impôt sur le revenu) de la plus récente déclaration T2 Déclaration de revenus des sociétés	
Agriculteur non constitué en société	T1* <u>et</u> toutes les pages de la déclaration T2042 (État des résultats des activités d'une entreprise agricole) ; <u>ou</u> T1* <u>et</u> déclaration T1163 (État A) <u>et</u> formulaire T1175 (Agriculture – Calcul de la déduction pour amortissement).	

Cadres supérieurs 4A – 3 personnes ou plus dans le cadre d'une protection multiple	Tous les montants
Si le proposant est : Employé, ne détient aucune part de l'entreprise	Joindre à la proposition : État nominatif ou lettre sur du papier à en-tête de l'entreprise, signé et daté par le signataire autorisé de l'entreprise, qui indique son titre. Le document doit comprendre une description détaillée des salaires, des bonis et des autres formes de rémunération de tous les proposant pour les deux dernières années. Si l'original du document n'est pas disponible ou n'est pas soumis, l'état nominatif peut être transmis par courriel par le signataire autorisé de l'entreprise, non par le producteur ou le proposant.
Propriétaire d'entreprise/actionnaire	Même exigence que pour « Employé, ne détient aucune part de l'entreprise » plus états financiers complets de l'entreprise*** pour le dernier exercice complet.

Assurance rachat en cas d'invalidité – Structure de l'entreprise	Tous les montants
Si le proposant est : Propriétaire/actionnaire d'une société juridiquement constituée	Joindre à la proposition : T1* ou T4 et états financiers complets de l'entreprise*** des deux dernières années
Membre d'une profession libérale, propriétaire ou associé d'une entreprise non constitué en société	T1* et états financiers complets de l'entreprise*** des deux dernières années

Assurance frais généraux d'entreprise*	Tous les montants
Tous les proposant	Joindre à la proposition : Supplément à l'assurance frais généraux d'entreprise. Aucun document financier nécessaire.

* T1 signifie toutes les pages jusqu'à la ligne 260 inclusivement de la plus récente Déclaration de revenus – T1 générale fédérale.

** État des résultats des activités d'une entreprise ou d'une profession libérale

*** Les états financiers de l'entreprise comprennent l'état des résultats (profits et pertes), le bilan et les notes complémentaires du dernier exercice financier complet.

* Il n'y a pas d'exigences financières particulières en ce qui concerne les propositions d'assurance frais généraux d'entreprise, à condition que les documents financiers ne soient pas exigés pour tout autre type d'assurance souscrit en même temps. La preuve de revenu et des dépenses est exigée au moment de présenter une demande de règlement.

DÉTACHER ET REMETTRE À LA PERSONNE À ASSURER

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 ; et
- 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 ; et
- 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 gouvernementaux, 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.

DÉTACHER ET REMETTRE À LA PERSONNE À ASSURER

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 nous avez transmises.

Nous pouvons également, lorsque la loi le permet, divulguer vos renseignements à d'autres sociétés de RBC, afin de vous recommander à elles ou de promouvoir les produits et services qui sont susceptibles de vous intéresser. Nous et les sociétés de RBC pouvons communiquer avec vous par divers modes de communication, notamment le téléphone, l'ordinateur ou la poste, en utilisant les coordonnées que vous nous avez transmises. Vous convenez que, si un tel échange de renseignements survient, ces sociétés peuvent nous informer des produits ou services fournis.

Si vous faites aussi affaire avec d'autres sociétés de RBC, nous pouvons, si la loi le permet, combiner ces renseignements à des renseignements que ces sociétés détiennent à votre sujet, afin de nous permettre, à nous ou à n'importe laquelle d'entre elles, de gérer votre relation avec les sociétés de RBC et avec nous.

Il est entendu que nous et chaque société de RBC sommes des entités distinctes, mais affiliées. On entend par sociétés de RBC nos sociétés affiliées dont l'activité consiste à offrir un ou plusieurs des services suivants : dépôts, prêts et autres services financiers personnels, services de cartes de crédit, de débit ou de paiement, services de fiducie et de garde des valeurs, services liés aux valeurs mobilières, services de courtage et services d'assurance.

Vous pouvez nous demander de ne pas échanger ni utiliser ces renseignements personnels aux fins décrites au paragraphe « *Autres utilisations de vos renseignements personnels* » en communiquant avec nous de la manière indiquée ci-dessous. Dans un tel cas, vous ne vous verrez pas refuser des produits ou services d'assurance pour cette seule raison. Cependant, nous n'utiliserons pas vos renseignements médicaux à ces fins. Nous respecterons vos choix et, comme il est mentionné ci-dessus, nous 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
Télécopieur : 905 813-4816

Nos politiques en matière de confidentialité

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur nos politiques en matière 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/remperssecurite.

DÉTACHER ET REMETTRE À LA PERSONNE À ASSURER

La proposition est un document juridique qui fait partie intégrante du contrat.

FICHE D'INFORMATION À L'INTENTION DU CONSOMMATEUR – PRÉAVIS

Les renseignements relatifs à votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. 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 Bureau MIB fournira à celle-ci, sur demande, les renseignements inscrits au dossier. Si vous lui en faites la demande, le Bureau 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)
Canada M5G 1R7
Téléphone : 416 597-0590
<http://www.mib.com>

RBC Vie, ou ses réassureurs, peuvent 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)

La possibilité qu'il vous soit demandé de vous prêter à un entretien téléphonique fait partie du processus de sélection des risques. Cet entretien sur les antécédents personnels (EAP) est mené par des spécialistes. L'entretien prendra une vingtaine de minutes. Comme nous souhaitons que cet entretien se fasse à un moment qui vous convient, nous vous demandons dans la proposition votre préférence quant à l'endroit (domicile ou bureau) et au moment où nous pouvons vous joindre.

Les questions que pose l'intervieweur portent sur les renseignements figurant sur votre proposition d'assurance. Ces questions touchent les aspects personnels, financiers et médicaux de l'assurabilité et feront partie du contrat. Les réponses contenues dans l'entretien sur les antécédents personnels ou dans le ou les questionnaires supplémentaires que vous avez remplis lors d'un entretien téléphonique et joints à votre contrat sont vraies et exactes et font partie de votre proposition d'assurance. Nous avons aussi recours à cet entretien pour recueillir des renseignements qui ont été omis ou expliqués en partie seulement. En raison de la nature des renseignements obtenus, l'entretien sur les antécédents personnels n'aura lieu que directement avec vous.

Tous les renseignements recueillis au cours de l'entretien sont strictement confidentiels et ne pourront être transmis à quiconque sans votre consentement écrit.

Votre collaboration à ce sujet est grandement appréciée et nous aide à vous fournir des services de tarification de qualité.

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

PARTIE 1 (« Vous » et « Votre » s'entendent de la personne à assurer)

(Cochez une case)

PERSONNE À ASSURER M. M^{me} M^{lle} D^r D^{re}

1. Nom légal de la personne à assurer :

a. Nom

b. Prénom

c. Ancien nom

d. Date de naissance : Jour Mois Année

e. Lieu de naissance : Pays

f. Sexe : H F

g. Comprenez-vous le français ou l'anglais ? Oui Non



Si non, veuillez-vous assurer qu'une déclaration d'entente soit signée par la personne à assurer et le titulaire proposant et soumis avec cette proposition.

h. Voulez-vous un contrat en anglais ? Oui Non

i. Citoyen canadien Résident permanent

Autre (préciser)

j. Vous résidez au Canada depuis ans

2. a. Adresse du domicile : Numéro

b. Rue

c. Ville

d. Province e. Code postal

f. Numéro de téléphone à domicile ()

Numéro de téléphone au travail ()

Numéro de téléphone cellulaire ()

g. Avis d'échéance des primes à envoyer au :

Domicile Bureau

▶▶ Si les avis de primes doivent être envoyés à une personne autre que le titulaire/l'assuré, veuillez répondre à la question 2 de la Partie 3 (page 20).

3. Indiquez quel serait le meilleur moyen de communiquer avec la personne à assurer par téléphone pour réaliser un entretien sur ses antécédents personnels

Domicile

Lundi

Jeudi

(heure locale)

8 h à 12 h

Travail

Mardi

Vendredi

12 h à 16 h

Cellulaire

Mercredi

Samedi

16 h à 20 h

PROFESSION DE LA PERSONNE À ASSURER

4. a. Profession

b. Désignation professionnelle ou diplômes

c. Précisions sur les fonctions :

Travail de bureau %
temps consacré

Supervision
au bureau %
temps consacré

Supervision
sur le chantier %
temps consacré

Conduite de
véhicule %
temps consacré

Autre %
temps consacré

Total = 100%

d. Nombre d'heures de travail par semaine

e. Pourcentage de ce nombre
d'heures de travail à la maison

f. S'agit-il d'un emploi saisonnier ? Oui Non

g. Si oui, nombre de semaines de travail par année

5. a. Avez-vous un autre emploi à temps partiel ou à temps plein ? Oui Non

b. Si oui, précisez les fonctions exactes, le nombre d'heures travaillées et le revenu.

6. a. Nom de l'entreprise/employeur
- b. Adresse de l'entreprise/employeur – Bureau n° c. Rue
- d. Ville e. Province f. Code postal
- g. Numéro de téléphone ()
- h. Nature de l'entreprise de l'employeur
- i. Nombre d'années dans l'entreprise actuelle j. Nombre d'années dans une entreprise similaire
- k. Êtes-vous un représentant à la commission ? Oui Non

►► **Si vous travaillez à votre compte, fournissez les précisions suivantes :**

- l. Depuis combien de temps travaillez-vous à votre compte ? (ans)
- m. Nombre d'employés à temps plein, hormis les propriétaires
- n. Genre d'entreprise : Entreprise individuelle Société de personnes Société de capitaux
- o. Quelle est votre participation (en pourcentage) dans l'entreprise ? %
- p. Votre revenu est-il fractionné aux fins de l'impôt ? Oui Non
- q. Si oui, quel est le montant du fractionnement ? \$

ASSURANCE PROPOSÉE

 Joindre une illustration à la proposition.

Si l'illustration a été signée par le client, il n'y a pas lieu de remplir cette section.

7. Sélectionnez le produit et la catégorie professionnelle :				8. Sélectionnez les garanties complémentaires demandées :			
<input type="checkbox"/> Série Professions ^{MC}	<input type="checkbox"/> 4A	<input type="checkbox"/> 3A	<input type="checkbox"/> 2A	<input type="checkbox"/> Option d'assurance additionnelle → <input type="text"/> Montant			
<input type="checkbox"/> Série Fondations ^{MC}	<input type="checkbox"/> 4A	<input type="checkbox"/> 3A	<input type="checkbox"/> 2A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Invalidité partielle de courte durée → <input type="text"/> Nombre de mois	
<input type="checkbox"/> Série Avant-garde ^{MC}	<input type="checkbox"/> 4A	<input type="checkbox"/> 3A	<input type="checkbox"/> 2A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Rajustement de vie chère	
<input type="checkbox"/> Quantum [®]	<input type="checkbox"/> 4A	<input type="checkbox"/> 3A	<input type="checkbox"/> 2A	<input type="checkbox"/> Définition élargie d'invalidité			
<input type="checkbox"/> Frais généraux d'entreprise	<input type="checkbox"/> 4A	<input type="checkbox"/> 3A	<input type="checkbox"/> 2A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Profession propre		
<input type="checkbox"/> Rachat en cas d'invalidité	<input type="checkbox"/> 4A	<input type="checkbox"/> 3A	<input type="checkbox"/> 2A	<input type="checkbox"/> Avenant des professionnels de la santé			
<input type="checkbox"/> Protection personne clé	<input type="checkbox"/> 4A	<input type="checkbox"/> 3A	<input type="checkbox"/> 2A	Si la garantie ne figure pas ci-dessus, veuillez préciser :			
<input type="checkbox"/> Protection-Retraite	<input type="checkbox"/> 4A	<input type="checkbox"/> 3A	<input type="checkbox"/> 2A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Protection prêt commercial	<input type="checkbox"/> 4A	<input type="checkbox"/> 3A	<input type="checkbox"/> 2A				

Nom du/des produits (de la liste ci-dessus)	DE BASE		IMC*		DE BASE		IMC*	
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
Indemnisation mensuelle								
Délai de carence								
Période d'indemnisation								

* Indemnisation Mensuelle Complémentaire

ASSURANCE PROPOSÉE (suite)

9. Cette proposition fait-elle partie d'un régime d'indemnités pour perte de salaire ? Oui Non
Si oui, remplissez une Modification au régime d'indemnités pour perte de salaire (p. 23).
10. a) Le Programme de réduction des primes pour étudiants est-il demandé ? Oui Non
 b) Date prévue de l'obtention du diplôme
 c) Date de la première année de pratique
11. Réduction pour groupe important N° 5% 10% 15%
12. Groupe établi ? Oui Non Si oui, précisez le nom du groupe
13. Sélection ou Risque groupé/Affectation au salaire/Maxi-rabais/Rabais Performeur N°
- ▶▶ Énumérez les participants à la page 29, dans la section réservée aux remarques du producteur.

S'IL S'AGIT D'UNE DEMANDE D'ASSURANCE PROTECTION PRÊT COMMERCIAL

14. Précisez le but et le montant du prêt. Si le prêt dépasse 50 000 \$, nous exigeons une lettre de l'établissement financier.

ASSURANCE EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE (À remplir dans tous les cas)

15. Décrivez toutes les assurances en vigueur et à l'étude, y compris auprès de RBC. Comprenez les assurances vie, maladies graves et invalidité au titre d'une assurance (A) individuelle, (B) d'association, (C) ILD collective, (D) salaire ou d'un congé de maladie rémunéré par l'employeur, (E) frais généraux, (F) rachat de parts, (G) personne clé, (H) prêt commercial, (J) accident seulement, (K) régime gouvernemental ou (O) autre.

Précisez (O) autre

Si aucune, indiquez « Aucune ».

Compagnie d'assurance	Montant et type d'assurance (vie, MG ou Invalidité) (A, B, C, D, etc.)	Année et mois d'établissement	Assurance invalidité seulement			La police indiquée doit être :
			Délai de carence	Période d'indemnisation	Imposable Oui Non	
	\$ Type N° de la police				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maintenue en vigueur <input type="checkbox"/> Remplacée par la présente assurance
	\$ Type N° de la police				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maintenue en vigueur <input type="checkbox"/> Remplacée par la présente assurance
	\$ Type N° de la police				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maintenue en vigueur <input type="checkbox"/> Remplacée par la présente assurance
	\$ Type N° de la police				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maintenue en vigueur <input type="checkbox"/> Remplacée par la présente assurance

16. Présentez-vous en même temps ou avez-vous présenté au cours des six derniers mois une proposition d'assurance auprès d'une autre compagnie ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser. ▶▶

Type d'assurance demandée	Assureur
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DÉSIGNATION RÉVOCABLE DU BÉNÉFICIAIRE

- ▶▶ La désignation révocable du bénéficiaire s'applique **seulement** aux polices en cas d'invalidité prévoyant la « Prestation de survie » et/ou l'avenant « Décès et mutilation accidentels ». **Ne pas remplir si vous demandez une assurance Protection prêt commercial, Rachat de parts ou Personne clé.**

17.

Bénéficiaire En parts égales ou aux survivants (le cas échéant) Lien Date de naissance (jj/mm/aaaa)

PROPRIÉTÉ DU CONTRAT

- ▶▶ **À remplir si le titulaire n'est pas la personne à assurer. Cette partie doit être remplie dans le cas d'une assurance Rachat de parts ou Personne clé en cas d'invalidité ou si le régime d'indemnités pour perte de salaire est sélectionné.**

18. Adresse
Écrire le nom légal du titulaire proposant

Adresse
Écrire le nom légal du titulaire subsidiaire



Comprenez-vous le français ou l'anglais ? Oui Non

▶▶ Si non, veuillez-vous assurer qu'une déclaration d'entente soit signée par la personne à assurer et le titulaire proposant et soumis avec cette proposition.

À qui la correspondance doit-elle être adressée ?

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS (Se reporter aux exigences décrites à l'intérieur de la page couverture)



Votre revenu professionnel net correspond à votre revenu net diminué des frais professionnels ou d'entreprise, avant impôts personnels. N'ajoutez pas les autres sources de revenu telles que les prestations d'assurance-emploi, le revenu de retraite, les allocations familiales ou tout autre revenu qui ne sont pas tributaires de votre capacité de travailler. Ne PAS inclure non plus les avantages accessoires (PERKS). Ils seront inclus dans les calculs faits au bureau si la personne à assurer y a droit.

19. a) Votre revenu gagné annuel net inscrit dans vos déclarations d'impôt sur le revenu du fédéral pour les **DEUX** dernières années civiles a été de :

Année civile	Montant
	\$
	\$

b) Si vous êtes employé, quel est votre salaire annuel actuel ? \$

20. Votre revenu non professionnel annuel dépasse-t-il les 30 000 \$? Oui Non

Si oui, indiquez le revenu non professionnel annuel.

\$

21. Votre valeur nette est-elle supérieure à 6 000 000 \$?

Oui Non

Si oui, indiquez la valeur nette.

\$

22. Avez-vous déjà déclaré une faillite personnelle ou commerciale ou déposé une forme quelconque de proposition de consommateur? Oui Non

Si oui, inscrivez la date de libération et donnez des précisions ci-dessous.

Date de libération ou de proposition de consommateur	Précisions complètes
<input type="text"/>	<input type="text"/>

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

23. Avez-vous perçu des prestations d'assurance-emploi, des indemnités d'accidents du travail ou toute forme d'aide sociale au cours des 12 derniers mois, y compris des prestations de congé de maternité ? Oui Non

▶▶ **Si oui, veuillez préciser.**

Date du début	Date de fin	Assurance-emploi	Accidents du travail	Maternité	Autre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Décrire
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Décrire
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Décrire

24. Êtes-vous admissible :
- a. à l'assurance-emploi ? Oui Non
- b. à des indemnités d'accidents du travail (p.ex. CSPAAT, CNESST/CSST) ? Oui Non
- c. à l'assurance invalidité de la CCQ ? Oui Non
25. Avez-vous déjà piloté un avion, un aéronef ultra léger ou un planeur, ou envisagez-vous de le faire dans l'avenir ? Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez remplir le questionnaire relatif à l'aviation.

26. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique ou envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois ? Si oui, veuillez fournir des précisions, notamment les pays et villes, la durée des séjours dans chaque pays et le motif des voyages, ou veuillez remplir le questionnaire relatif aux voyages Oui Non

Précisions

27. Au cours des deux dernières années, avez-vous participé à des activités ou des sports dangereux, notamment les courses d'engins motorisés, la plongée sous-marine à une profondeur de plus de 30 m (100 pi), le parachutisme, le ski héliporté ou le ski hors-piste, ou envisagez-vous de le faire ? Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez préciser ou remplir le questionnaire approprié.

Sport ou type d'activité dangereux	Dates, fréquence, professionnel/amateur, récréatif/commercial

28. Vous êtes-vous déjà fait refuser une assurance vie, invalidité ou maladies graves ou est-il déjà arrivé qu'une telle assurance fasse l'objet d'une surprime, soit modifiée, annulée ou résiliée ou que son renouvellement ou sa remise en vigueur vous ait été refusé ? Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez préciser.

Indiquez le type d'assurance	Avec surprime	Modifiée	Refusée	Annulée	Résiliée	Renouvellement ou remise en vigueur refusés	Assureur	Raison
	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>							

29. Avez-vous déjà fait l'objet d'une mesure disciplinaire de votre organisme de délivrance de permis ou avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'un acte criminel ? Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez préciser.

Date de l'incident	Précisions, y compris le résultat

30. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été accusé ou condamné pour des infractions au code de la route, y compris la conduite avec facultés affaiblies, ou votre permis de conduire a-t-il été annulé, suspendu ou êtes-vous actuellement accusé d'une infraction de ce genre ? Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez fournir le numéro de votre permis de conduire et donner des précisions ci-dessous, y compris les dates, le type d'infraction, le nombre de km/h en sus de la limite.

Numéro du permis de conduire	Détails, dates, type(s) d'infraction(s), km/h en sus de la limite

PARTIE 2 : ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (« Vous » et « votre » s'entendent de la personne à assurer)

Quand vous répondrez à ces questions, veuillez NE PAS FOURNIR d'information au sujet d'examen génétiques que vous avez faits ou que vous planifiez faire. Un examen génétique est une sorte d'examen médical qui analyse le ADN, ARN ou les chromosomes. Veuillez fournir l'information au sujet de tous les autres examens médicaux.

Nom légal de la personne à assurer

1. Taille actuelle cm pi/po Poids actuel kg lb
2. Avez-vous perdu 10 lb/5 kg ou plus au cours de la dernière année ? Oui Non

▶▶ Si oui

Raison	Poids perdu
<input type="text"/>	<input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/>

3. Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale, en observation, ou suivez-vous un traitement, une thérapie ou des séances de counselling, ou **prenez-vous des médicaments** ? Oui Non

Précisez

Nom du médicament	Dose	Fréquence	Début de la médication
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Avez-vous eu des symptômes ou problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement ? Oui Non

Précisez

5. Qui est votre médecin de famille ou votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituels ?

(S'il n'y en a pas, inscrivez « Aucun ».)

Indiquez l'adresse complète et le numéro de téléphone.

6. Indiquez le nom du fournisseur de soins de santé qui détient votre plus récent dossier médical, s'il est différent de votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituels.

7. Date et raison pour laquelle vous avez consulté la dernière fois un médecin ou un fournisseur de soins de santé, quel qu'il soit. Veuillez indiquer le nom du fournisseur et décrire les résultats.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (Encerclez les réponses applicables et fournissez des précisions.)

8. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous fait usage de cigarettes, de cigarettes électroniques, de cigares, de pipes à eau, de noix de bétel, de produits de désaccoutumance au tabac ou de nicotine ou de tabac sous une forme quelconque ? Oui Non

Précisions/Produit (cigares, cigarettes, etc.)	Nombre (unités par semaine)	Date de la dernière utilisation	Précisions sur le produit de désaccoutumance (type, date de début/fin)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. Avez-vous fait usage de la marijuana ou de haschisch **au cours des cinq dernières années** ? Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez indiquer la quantité et la fréquence de consommation, ainsi que la date de la dernière consommation.

10. Consommez-vous des boissons alcooliques ? Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez préciser.

	Quantité		Jour	Semaine	Mois	Année
Bière		cannettes/bouteilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vin		verres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiritueux		ml/oz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Répondez à ces questions :

11. Avez-vous déjà sollicité ou reçu des conseils ou des soins relativement à votre consommation d'alcool, ou consommé abusivement de l'alcool ? Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez compléter le Questionnaire sur la consommation d'alcool.

12. Avez-vous déjà fait usage de cocaïne, des barbituriques, du crack ou d'autres stupéfiants, ou avez-vous déjà sollicité ou reçu des conseils ou des soins relativement à l'usage de drogues, sur ordonnance ou non ? ... Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez compléter le Questionnaire sur l'usage de drogues.

13. Vous êtes-vous déjà absenté du travail pour une période de 15 jours consécutifs ou plus en raison d'une blessure ou d'une maladie ? Oui Non

Précisez

14. Avez-vous déjà reçu une transfusion de sang ou de produits du sang avant 1995 ? Oui Non

Précisez

Avez-vous déjà eu des signes que vous étiez atteint de ce qui suit ou été traité pour ce qui suit :

15. a. Syndrome d'immunodéficience acquise, syndrome apparenté au SIDA, 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) ? Oui Non

Précisez

- b. Maladie ou affection des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge (y compris la perte de l'usage de la parole) ? Oui Non

Précisez

- c. Apnée du sommeil, insomnie chronique ou autre trouble du sommeil ? Oui Non

Précisez

- d. Douleurs thoraciques, crise cardiaque, angine de poitrine, ECG anormal, pouls irrégulier, souffle au cœur, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, maladie vasculaire périphérique ou autre trouble ou maladie du cœur ou du système circulatoire ? Oui Non

Précisez

- e. Accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), maux de tête, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, maladie du motoneurone, évanouissements, étourdissements, convulsions, épilepsie, paralysie, sclérose en plaques, faiblesse musculaire, engourdissement ou fourmillement dans les membres ou affection cérébrale ou nerveuse ? Oui Non

▶▶ Dans le cas d'évanouissements ou d'épilepsie, veuillez compléter le Questionnaire sur les pertes de conscience.

Précisez

Avez-vous déjà eu des indices ou suivi un traitement touchant les affections suivantes :

- f. Toute maladie ou tout trouble des reins, des voies urinaires, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux, ou calculs rénaux, ou albumine, sang ou sucre dans l'urine ? Oui Non

Précisez

- g. Anxiété, dépression, nervosité, stress, fatigue, épuisement professionnel, trouble de l'alimentation, autre trouble émotionnel, psychiatrique ou mental, psychose ; ou avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? ... Oui Non

▶▶ **Si oui, veuillez préciser ou compléter le Questionnaire sur les troubles nerveux.**

Précisez

- h. Fatigue chronique, syndrome de fatigue chronique, virus d'Epstein-Barr, fibromyalgie ou douleurs chroniques ? Oui Non

Précisez

- i. Cancer, nævus dysplasique, tumeur, kyste, masse, lésion, bosse, nodule, polype ou autre excroissance, tout trouble de la peau ou des glandes lymphatiques, troubles du sang ou autre forme d'affection maligne ? Oui Non

Précisez

- j. Diabète, glycémie élevée, affection thyroïdienne, rhumatisme, fièvre rhumatismale, lupus, goutte ou syphilis ? Oui Non

▶▶ **Si la personne à assurer est diabétique, veuillez compléter le Questionnaire sur le diabète.**

Précisez

- k. Allergies reliées au travail, hypersensibilité ou maladies liées à des facteurs environnementaux ou allergies non saisonnières ? Oui Non

Précisez

- l. Affection des organes reproducteurs ou des seins, y compris bosses, kystes ou autres masses, autre changement physique, clichés mammaires anormaux ou biopsie ? Oui Non

Précisez

- m. Perte d'un membre ou difformité, hernie ou rupture, thrombose veineuse profonde, ou varices ? Oui Non

Précisez

- n. Arthrite, maladie ou trouble de la hanche, de la cheville, du genou, du poignet, du coude, de l'épaule, des mains, des pieds ou de toute autre articulation ? Oui Non

Droit Gauche Les deux **Si oui, quelle(s) articulation(s) ?**

- o. Troubles du dos, de la colonne vertébrale ou des disques, y compris tours de reins, entorses ou autres affections ? Oui Non

▶▶ **Si oui, veuillez compléter le Questionnaire sur les troubles du dos et du cou.**

Précisez

- p. Toute forme d'asthme, d'emphysème, de bronchite, de pleurésie, de tuberculose ou toute autre affection de la poitrine ou des poumons ? Oui Non

▶▶ **Si oui, veuillez préciser ou compléter le Questionnaire sur les troubles respiratoires.**

Précisez

Avez-vous déjà eu des indices ou suivi un traitement touchant les affections suivantes :

- q. Toute forme d'ulcère gastro-duodénal, d'indigestion, de colite, ou toute autre affection de l'estomac, du côlon ou des intestins, de la vésicule biliaire, du foie, du pancréas, ou avez-vous obtenu des résultats positifs à un test de dépistage de l'hépatite ou été informé que vous étiez porteur de la maladie ? Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez compléter le Questionnaire sur les troubles gastro-intestinaux.

Précisez

Exception faite des renseignements fournis aux questions 1 à 15 de la Partie 2, au cours des 10 dernières années, avez-vous :

16. a. consulté un médecin, chiropraticien, psychologue, physiothérapeute, ostéopathe, homéopathe ou autre praticien de la santé, ou été examiné par l'un d'eux ? Oui Non

Précisez

- b. été en observation, traité dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement, ou vous a-t-on conseillé d'y être admis ? Oui Non

Précisez

- c. fait l'objet de radiographies, d'un ECG, d'un tomodensitogramme, d'une IRM, d'analyses de sang, d'urine ou d'autres tests diagnostiques ? Oui Non

Précisez

- d. subi une intervention chirurgicale, suivi un traitement, un régime particulier, souffert de maladie, affection, anomalie ou blessures ? Oui Non

Précisez

- e. été avisé de subir une épreuve diagnostique, d'être hospitalisé ou de subir une intervention chirurgicale, sans y donner suite ? Oui Non

Précisez

17. L'un de vos parents naturels ou de vos frères ou sœurs, vivants ou décédés, a-t-il déjà souffert de l'une des maladies suivantes : maladie du cœur, maladie polykystique des reins, hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, diabète, cancer, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, chorée de Huntington, maladie de Parkinson, maladie du motoneurone ou quelque forme de maladie héréditaire ? Oui Non

▶▶ Si oui, remplir le tableau ci-dessous.

Maladie	Mère	Âge au début de la maladie	Père	Âge au début de la maladie	Sœur	Âge au début de la maladie	Frère	Âge au début de la maladie
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Proposantes seulement

18. a. Avez-vous déjà fait une fausse couche, souffert de prééclampsie, subi une césarienne ou eu d'autres complications de la grossesse ? Oui Non

Précisez

- b. Complications à votre dernière grossesse ? Oui Non

Précisez

- c. Êtes-vous enceinte ? Oui Non

▶▶ Si oui, indiquez la date prévue de l'accouchement.

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

REÇU ET NOTE DE COUVERTURE (proposition uniquement si la note de couverture est demandée)

Acompte de \$ reçu le (date), en même temps que la proposition d'assurance de (personne à assurer).

DÉFINITIONS

Aux fins de la présente note de couverture :

« Vous » s'entend de la personne à assurer figurant dans la proposition.

« Nous » et « notre » s'entendent de la Compagnie.

L'acompte minimal » correspond soit au montant de la prime mensuelle, dans le cas du mode de paiement mensuel, soit à 10 % du montant de la prime annuelle, dans tous les autres cas.

La « date d'effet » correspond à :

- la date à laquelle nous avons reçu l'acompte minimal, ou
- la date à laquelle la proposition et tous les examens médicaux et tous les tests supplémentaires que nous avons exigés conformément à nos directives et pratiques de tarification sont terminés, ou
- la date d'émission précisée dans la proposition par la personne à assurer, si cette date est postérieure.

NOTE DE COUVERTURE

Nous acceptons cet acompte et vous consentirons une assurance à la date d'effet, sous réserve de toutes les

CONDITIONS PRÉALABLES suivantes :

- le montant du paiement est égal ou supérieur à l'acompte minimal,
- la personne a rempli la proposition et a subi tous les examens médicaux et les tests supplémentaires que nous avons exigés conformément à nos directives et pratiques de tarification,
- vous êtes admissible à l'assurance, conformément à nos directives et pratiques de tarification, en vertu de toute police offerte par nous, et
- la déclaration du producteur a été signée par un producteur ou un agent détenteur d'un permis.

Nous ne vous consentirons aucune assurance en vertu des présentes, quelles que soient les circonstances :

- si à la question 1 ou 2 de la note de couverture, la réponse est « oui » ou le champ est laissé en blanc,
- s'il y a non-déclaration de faits importants dans la proposition,
- en cas de décès par suicide, ou
- si vous n'êtes pas admissible à l'assurance, conformément à nos directives et pratiques de tarification, en vertu de toute police alors offerte par nous.

Lorsque la note de couverture entre en vigueur, elle prévoit exactement l'assurance demandée dans la proposition, à la condition que conformément aux directives et pratiques de tarification, vous ayez droit à la police et au montant spécifiquement demandés dans la proposition, à notre taux de prime normal, et ce, sans aucune exclusion, limitation, réduction ou autres modifications. Sinon, la note de couverture correspondra à l'assurance modifiée à laquelle vous auriez eu droit à la date d'effet, conformément à nos directives et pratiques de tarification.

Cependant, nous ne serons en aucun cas tenus, au titre de la présente note de couverture, de payer des prestations de décès accidentel de plus de 100 000 \$, y compris toute assurance déjà en vigueur ou à l'étude auprès de notre Compagnie.

RÉSILIATION

Si la note de couverture est consentie, elle prendra fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle une police, quelle qu'elle soit, établie par suite de la proposition, vous est délivrée et prend effet,
- 90 jours à compter de sa date d'effet, ou
- la date à laquelle nous vous avisons par écrit que nous ne pouvons approuver l'établissement de la police.

REMBOURSEMENT DE L'ACOMPTE

Si la note de couverture ne prend pas effet, notre responsabilité se limite à retourner l'acompte versé avec la présente note de couverture.

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

PARTIE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR LA PRIME ET LE MODE DE PAIEMENT

Si la réponse à la question 1 ou 2 figurant sur la partie Reçu et note de couverture est « oui », le producteur ne doit pas accepter d'acompte avec la proposition, et la note de couverture est annulée.

1. a. Mode de paiement : Mensuel Annuel
- b. Prélèvement bancaire (remplir le formulaire d'autorisation) OU Facturation directe
- c. Acompte versé ? Oui Non (Paiement à la délivrance de la police)



Si un acompte est versé, la partie Reçu et note de couverture est remise en contrepartie (page 18 de la proposition).

- d. La prime applicable à la note de couverture doit-elle être payée par débit préautorisé ? Oui Non

Si non, établissez le chèque au nom de **Compagnie d'assurance vie RBC**.

- e. Remplissez les cases ci-après. Inscrivez le montant de l'acompte versé pour chacun des produits demandés.

Produit	Dépôt	Produit	Dépôt	Produit	Dépôt	Produit	Dépôt
	\$		\$		\$		\$

Si le chèque de l'acompte s'applique à plus d'un proposant, veuillez fournir le nom légal de chacun.

2. **AUTORISATION RELATIVE AU PAIEMENT DES PRIMES** (À remplir uniquement si les primes de l'assurance sont acquittées au moyen d'une facturation groupée et que les avis de prime sont envoyés à une personne autre que le titulaire/l'assuré.)

X , titulaire de la police d'assurance, autorise par la présente la Compagnie à

Signature du titulaire

envoyer tous les avis de primes, les avis de déchéance et les remboursements de primes à la personne suivante et à recevoir le paiement des primes versées par cette personne.

Nom légal et adresse du payeur de primes



Obligatoire pour TOUTES les propositions

3. **Avez-vous détaché et remis au proposant...**

- le préavis concernant le MIB, Inc.
- le reçu de la note de couverture (page 18 de la proposition; si un acompte est perçu)
- les questionnaires supplémentaires (le cas échéant)

4. **Avez-vous annexé à la proposition...**

- les avis de remplacement de l'assurance (au Québec seulement, le cas échéant)
- le paiement du premier mois **ou** note de couverture vierge (si aucun acompte n'a été perçu)
- un chèque marqué nul sur lequel les codes bancaires sont lisibles (si le mode de paiement par DPA a été choisi)
- la déclaration d'entente signée par la personne à assurer et le ou les titulaires proposant, si ces personnes ne comprennent ni le français ni l'anglais
- Illustration

ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

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

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

1. (a) Ils autorisent la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) à effectuer des prélèvements mensuels périodiques sur le compte bancaire qu'ils détiennent à l'institution financière nommée ci-dessous, ou à toute autre institution financière qu'ils pourraient désigner ultérieurement, pour acquitter les primes conformément au calendrier de versement des primes de leur(s) police(s), y compris la prime initiale ou la prime applicable à la note de couverture, si cette note est demandée dans la présente proposition.
- (b) **RBC Vie est dispensée de leur adresser un préavis avant de prélever la prime de la note de couverture 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) Ils s'engagent à informer par écrit RBC Vie de tout changement aux renseignements sur le compte indiqués ci-dessous au moins 5 jours avant le prochain prélèvement prévu. Ils conviennent qu'à l'occasion, ils peuvent autoriser RBC Vie à effectuer ces prélèvements sur un autre compte, suivant leurs instructions verbales ou écrites.
- (f) Ils peuvent, 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. Ils peuvent obtenir de l'information supplémentaire sur leurs droits concernant la résiliation de l'accord de DPA en consultant le site de Paiements Canada à l'adresse www.paiements.ca.
- (g) En cas de contestation d'un DPA, ils conviennent d'en informer RBC Vie. En cas de recours, ce DPA est considéré s'appliquer à un compte personnel.

Le ou les payeurs ont certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, ils ont le droit de recevoir un remboursement pour tout DPA non autorisé ou non conforme au présent accord. Par exemple, le ou les payeurs ont le droit de recevoir un remboursement pour tout DPA non autorisé ou non conforme au présent accord. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur leurs droits de recours, ils peuvent communiquer avec leur institution financière ou consulter le site www.paiements.ca.

- (h) Les noms et signatures de toutes les personnes dont l'autorisation est requise pour effectuer les prélèvements sur le compte sont fournis ci-dessous.

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

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

Coordonnées bancaires

Veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « Nul » (le prélèvement sur un compte de marge de crédit n'est pas autorisé).

Nom de la banque ou de l'institution financière	Numéro de succursale	Numéro de banque	Numéro de compte
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>			

Adresse

Ville Province Code postal

Fait à le jour de

(Ville/Province) (Mois/Année)

Nom du payeur (titulaire du compte)

Nom du deuxième payeur (titulaire du compte) (s'il y a lieu)

<input style="width: 100%; height: 100%; background-color: #ffff00;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%; background-color: #ffff00;" type="text"/>
--	--

Signature du payeur

Signature du deuxième payeur (s'il y a lieu)

COMPLÉMENT D'INFORMATION – FRAIS GÉNÉRAUX D'ENTREPRISE

(À remplir seulement si l'assurance Frais généraux d'entreprise est demandée.)

►► Vous devez fournir l'information demandée ci-dessous, à moins que vous ayez déjà présenté les pièces justificatives de votre revenu, y compris la ventilation de vos dépenses.

Personne à assurer

Servez-vous de la moyenne mensuelle de vos frais actuels réels. Si vous partagez les frais, n'inscrivez que votre part. Exclure tous paiements faits à vous-même ou à tout autre membre de votre profession. Seuls les frais déductibles du revenu imposable sont remboursables au titre de cette assurance.

Partagez-vous vos frais de bureau avec quelqu'un d'autre ? Oui Non Si oui, quelle est votre part %

Loyer	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
Téléphone	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
Salaires du personnel	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
Matériel loué (crédit-bail)	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
Matériel de location	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
Services publiques	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
Capital et intérêts des prêts commerciaux	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
Primes d'assurance de responsabilité professionnelle	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
Cotisations professionnelles et droits d'adhésion	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
Fournitures de bureau	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
Amortissement ou remboursement du capital afférent aux prêts commerciaux, y compris l'hypothèque	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
Autres frais généraux fixes, mensuels et nécessaires (Précisez ci-dessous s'ils s'élèvent à plus de 10 % du total)	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	
Total	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	\$	

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont complets et véridiques et reconnais qu'ils doivent faire partie intégrante de ma proposition d'assurance.

Fait le
JJ/MM/AAAA

Signature de la personne à assurer X

MODIFICATION – RÉGIME D'INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE (à ne pas utiliser avec le produit Série Avant-garde)

▶▶ Personne à assurer

Le titulaire et la personne assurée conviennent par les présentes que la police d'assurance invalidité individuelle qu'ils proposent, ou ont proposée, est destinée à faire partie d'un « régime d'indemnités pour perte de salaire » qui existe déjà ou qui sera établi sans délai par le titulaire de la police. Toutes les primes seront payées uniquement et directement par le titulaire de la police. Le montant d'indemnisation (exonération de prime exclue) sera versé à la personne assurée, à titre d'indemnité imposable.

Le titulaire de la police et la personne assurée reconnaissent qu'à défaut d'établissement et de maintien d'un régime d'indemnités pour perte de salaire, valide et acceptable par l'Agence canadienne des douanes et du revenu :

- (a) les primes versées par le titulaire peuvent, à effet rétroactif, ne plus être admises comme frais déductibles par l'Agence canadienne des douanes et du revenu, et
- (b) l'Agence canadienne des douanes et du revenu peut exiger que la personne assurée ajoute, à effet rétroactif, le montant des primes comme avantage imposable lors du calcul de son impôt sur le revenu des particuliers.

Le titulaire et la personne assurée conviennent expressément d'être seuls responsables, intégralement, de l'établissement et du maintien continu d'un régime d'indemnités pour perte de salaire, valide et acceptable par l'Agence canadienne des douanes et du revenu. Le titulaire et la personne assurée conviennent de ne pas invoquer quelque avis fiscal ou autre de la Compagnie ou de ses employés au sujet de la validité du régime d'indemnités pour perte de salaire. Le titulaire et la personne assurée conviennent expressément que la Compagnie et ses employés ne seront tenus aucunement responsables de quelque avis fiscal ou autre reçu d'un courtier, ni des arriérés d'impôts ou autres obligations résultant de la résiliation ou de l'annulation du régime d'indemnités pour perte de salaire.

Le titulaire et la personne assurée conviennent expressément qu'à défaut d'établissement d'un régime d'indemnités pour perte de salaire valide ou advenant qu'une fois établi, il soit résilié ou cesse d'être valide ou acceptable pour l'Agence canadienne des douanes et du revenu ou que la personne assurée cesse pour quelque raison de participer au régime :

- (a) le titulaire et la personne assurée en informeront immédiatement la Compagnie, au moyen d'un avis écrit adressé à son bureau à l'adresse suivante : 6880 Financial Drive, Mississauga (Ontario) L5N 7Y5 ;
- (b) à effet de la date de résiliation ou d'annulation du régime ou à la date où la personne assurée cesse de participer au régime, si cette date est antérieure, les indemnités mensuelles prévues par la police seront ramenées au montant d'indemnisation auquel la personne assurée aurait eu droit d'après les limites de souscription non imposables tenant compte du droit aux prestations d'assurance-emploi pour invalidité, soit les limites alors en vigueur ou celles qui étaient en vigueur à la date d'effet de la police, si ces dernières sont plus favorables à la personne assurée ;
- (c) la personne assurée remboursera immédiatement à la Compagnie toutes indemnités versées en trop par la Compagnie avant la réception de l'avis l'informant qu'un régime valide n'a pas été établi, ou a été résilié ou annulé, ou que la personne assurée a cessé de participer au régime, si cet événement se produit avant les précédents ; et
- (d) la prime de la police sera ramenée à la somme que la Compagnie aurait demandée pour le montant réduit d'indemnisation mensuelle mentionné en b) ci-dessus. La Compagnie remboursera au titulaire toute prime versée en trop par ce dernier.

La présente modification s'appliquera par dérogation à toute disposition contraire de la police. Toutes les autres dispositions de la police demeurent les mêmes.

La modification fait partie intégrante de la police. La date d'effet de la présente modification est la même que celle de la police.

J'accepte la présente modification :

Signature de la personne assurée X

Signature du témoin X

Signature du titulaire X

Signature du témoin X

Fait à

(Ville/Province)

le

jour de

(Mois/Année)

CONVENTION

La Compagnie d'assurance vie RBC est désignée ci-après « la Compagnie ».

Il est convenu ce qui suit :

- Après lecture des déclarations et réponses inscrites aux parties 1 et 2, je reconnais qu'elles sont véridiques, complètes et correctement consignées. Elles feront partie intégrante de la présente proposition et de toute police en découlant. Il est entendu qu'une réponse inexacte ou incomplète pourrait avoir des conséquences sur mon droit à indemnisation au titre de la police ou pourrait entraîner éventuellement la nullité de l'assurance, voire des poursuites judiciaires.
- Je mettrai fin à toute police devant être résiliée dès que la ou les polices établies par la Compagnie par suite de cette proposition m'auront été remises. La Compagnie déterminera le montant d'assurance qu'elle pourrait éventuellement émettre d'après les réponses inscrites dans cette proposition. Si les polices devant prendre fin ne sont pas résiliées, la ou les polices établies par la Compagnie consécutivement à cette proposition seront annulées.
- Il est entendu qu'aucun agent ni producteur ne peut accepter, ou approuver, une réponse inexacte ou incomplète aux questions figurant dans la proposition, se prononcer sur l'assurabilité, nier les droits ou responsabilités de la Compagnie ni modifier le contrat ou les droits et obligations contractuels. La Compagnie ne sera liée par aucune déclaration faite à un agent ou un producteur, mais non inscrite dans cette proposition.
- La Compagnie a le droit d'exiger des examens ou tests médicaux pour évaluer l'assurabilité.
- L'assurance proposée ne prend effet que le jour où la police est effectivement délivrée au titulaire proposé et où toutes les conditions préalables sont complètement satisfaites, à condition qu'il n'y ait aucun changement dans l'état de santé ou l'assurabilité de la personne à assurer. La seule exception à ce qui précède est prévue dans la partie Reçu et Note de couverture détachée de la proposition et remise dans le cas où la prime est payée d'avance. J'informerai sans délai la Compagnie de tout changement touchant les réponses données dans la proposition.
- La Compagnie est autorisée à obtenir un rapport de solvabilité à mon sujet.
- L'acceptation par le titulaire proposé de toute police établie par suite de la présente proposition constituera la ratification de toute modification.
- J'accuse ici réception du Préavis, qui décrit les règles relatives au MIB, Inc.
- Toute police établie par la Compagnie par suite de la présente proposition ne couvre que l'invalidité attribuable à a) des blessures corporelles subies dans un accident avant la délivrance de la police, ou b) une maladie dont les premiers symptômes se manifestent avant la délivrance de la police. Cependant, cette invalidité sera couverte par la police établie si la personne à assurer a dûment informé la Compagnie, dans la proposition ou un autre document, et avant que la police ne soit délivrée, de tous les faits connus de la personne à assurer ou qui lui sont raisonnablement accessibles au sujet de sa blessure, de son affection ou de sa maladie, y compris tous les symptômes, signes ou autres manifestations, et que la Compagnie a choisi de ne pas exclure la blessure, la maladie ou l'affection.
- La Compagnie peut établir à mon intention une police adjointe d'un formulaire de modification. Je dois signer le formulaire de modification (sans y apporter quelque changement que ce soit) et le retourner à la Compagnie. La police ne prendra effet que si la Compagnie reçoit le formulaire de modification dûment signé.
- J'ai lu la section intitulée « Collecte et utilisation des renseignements personnels » et j'accepte ses conditions.
- Si mon représentant ou moi fournissons à la Compagnie un document par courriel, en format PDF ou par télécopieur, la Compagnie peut traiter ce document comme s'il s'agissait d'un original. La Compagnie peut présumer que mon courriel, mon document PDF ou ma télécopie que mon représentant ou moi lui avons fait parvenir est une communication fiable. La Compagnie peut convertir des documents papier se rapportant à ma proposition ou à la police en image électronique, dans le cadre de ses pratiques normales. Toute image électronique constituera une copie officielle du document papier. L'image électronique sera juridiquement contraignante et admissible dans toute procédure judiciaire à titre de preuve concluante du contenu du document papier comme s'il s'agissait de l'original.
- Je sais que la Compagnie constituera et maintiendra à son bureau un dossier aux fins de la présente proposition et de toute demande de règlement éventuelle. J'ai le droit de consulter les renseignements personnels contenus dans ce dossier et de les faire rectifier, s'il y a lieu, en présentant une demande écrite à la Compagnie. Seuls les employés, mandataires et représentants responsables du dossier y auront accès.

La présente proposition, et tout entretien téléphonique, supplément à la proposition et/ou questionnaire feront partie intégrante de tout contrat d'assurance établi. Ce contrat sera établi de bonne foi, en fonction des déclarations contenues dans la présente proposition et dans tout entretien téléphonique, supplément à la proposition et/ou questionnaire. Je suis responsable de l'exactitude des déclarations. Avant de signer, j'ai vérifié si toutes les réponses étaient exactes et complètes et j'ai apposé mes initiales en regard de tout changement apporté aux réponses. Une réponse inexacte à toute question peut avoir des conséquences sur mon admissibilité à l'assurance et/ou sur mon droit à indemnisation.

J'ai lu et j'approuve les conditions de la partie Reçu et Note de couverture (ne s'applique que si l'acompte minimal a été versé et le reçu a été détaché, comme il se doit, de la présente proposition).

Fait à (Ville/Province) Date (JJ/MM/AAAA)

Signature de la personne à assurer X

Signature du titulaire proposé X

Note : Si le titulaire de la police est une société, la proposition doit être signée par un dirigeant de la société, qui n'est pas la personne à assurer.

TÉMOIN

Nom légal (en caractères d'imprimerie)

Signature X

Adresse (Ville/Province)

Fait à

Téléphone

Date

(JJ/MM/AAAA)

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

AUTORISATION

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 faisant parvenir, par la poste, une demande écrite à la personne chargée du traitement de ma proposition. 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, 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 la réadaptation ou de la 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 des Transports 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. Cette autorisation d'obtenir des renseignements reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Si je décide de révoquer la présente autorisation d'obtenir des renseignements, nous pourrions mettre fin au processus de tarification et/ou résilier la police, si une police a été établie.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçus 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, de la vérification de la validité de la police telle qu'elle a été établie ainsi que de l'établissement et de la livraison de la police. Dans la mesure raisonnable et nécessaire à ces fins, j'autorise la Compagnie à communiquer lesdits renseignements, dossiers ou données reçus au MIB, Inc., à d'autres compagnies d'assurance ou à tout autre réassureur ainsi qu'à mon représentant de service, notamment mon conseiller ou courtier en assurance. Cette autorisation de communiquer des renseignements dans la mesure raisonnable et nécessaire reste valide à moins que je ne la révoque par écrit.

J'autorise la Compagnie à communiquer à mon représentant de service tout renseignement important concernant mes antécédents médicaux et personnels uniquement dans le but d'expliquer toute décision se rapportant à la tarification. Les renseignements ainsi communiqués pourraient comprendre des antécédents de maladie mentale, de maladie infectieuse, de consommation de drogue et d'alcool, des dossiers relatifs à une activité criminelle ou tout autre fait qui aurait une incidence importante sur la décision de la Compagnie de m'assurer. La présente autorisation de divulgation des renseignements à cette fin reste valide pendant 60 jours à partir de la plus éloignée des dates suivantes : la date à laquelle la Compagnie établit une nouvelle police ou modifie une police existante et la date à laquelle la Compagnie m'avise par écrit que ma demande a été refusée, retirée ou jugée comme incomplète.

Je n'accepte pas que mes renseignements médicaux et personnels soient communiqués au représentant de service.

J'autorise également la Compagnie à divulguer à mon professionnel de la santé tout renseignement d'ordre médical recueilli pour cette proposition d'assurance, y compris les résultats de test sanguin, d'analyse d'urines ou des tests de dépistage de drogue dans l'urine en vue de lui révéler toute constatation médicale pouvant nécessiter une investigation ou un traitement plus poussés ou en vue de lui expliquer toute décision de tarification. La présente autorisation de divulgation des renseignements médicaux 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. Elle sera déclarée nulle et sans effet si elle est modifiée de quelque façon que ce soit.

Fait à le jour de
(Ville/Province) (Mois/Année)

Personne à assurer (signature) X

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

RAPPORT DU REPRÉSENTANT

1. Les négociations relatives à la présente proposition ont-elles été entamées par :
 Vous le(s) titulaire(s) proposant(s) la personne à assurer
2. Avez-vous perçu une somme d'argent ? Oui Non
Si oui, veuillez indiquer la somme perçue \$ Date (jj/mm/aaaa)
3. Antidater pour sauvegarder l'âge ?* Oui Non * À concurrence de 30 jours précédant la date de signature par le client.
4. Autre date particulière exigée
5. Justification d'assurabilité – J'ai demandé ce qui suit :
 Profil sanguin Dossier de conduite Examen paramédical Analyse d'urine-VIH
 Autre (précisez)
 Compagnie de services paramédicaux utilisée
6. **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 personne à assurer et au titulaire proposant. J'ai posé distinctement toutes les questions comprises dans la proposition ou la personne à assurer et le titulaire proposant les ont lues distinctement. À ma connaissance, ils ont compris toutes les questions. 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 personne à assurer n'a, à ma connaissance, été passé sous silence dans la proposition. Si une police est établie, je ne la délivrerai au titulaire proposant seulement qu'après avoir obtenu confirmation que toutes les conditions requises pour délivrer le contrat ont été complètement remplies et qu'aucun changement n'est intervenu dans l'assurabilité de la personne 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 elles sont établies. 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 titulaire proposant.

Date (jj/mm/aaaa)		
Signature du représentant		
Nom du représentant		
Nom de la société du représentant		
Bureau de commercialisation		
Part	<input style="width: 50px;" type="text"/> %	<input style="width: 50px;" type="text"/> %
	Code du représentant attitré <input style="width: 100px;" type="text"/>	Code du représentant <input style="width: 100px;" type="text"/>



Assurances



Assurances