

# Demande de renouvellement de l'assurance vie Temporaire 10 ou Temporaire 20

À utiliser seulement pour le renouvellement d'une police d'assurance vie Temporaire 10 ou 20  
si la lettre d'offre de renouvellement de l'assurance temporaire a été reçue



Cette page est laissée en  
blanc intentionnellement.

## 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.

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 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 et (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.

**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****COLLECTE ET UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS****Votre droit d'accès à vos renseignements personnels**

Vous pouvez, en tout temps, accéder aux renseignements personnels que nous détenons à votre sujet, en vérifier l'exactitude et les faire rectifier au besoin. Ce droit d'accès peut toutefois être restreint comme la loi le permet ou l'exige. Pour accéder à ces renseignements ou pour nous poser des questions sur nos politiques sur la protection des 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 sur la protection des renseignements personnels**

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur nos politiques sur la 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/rensperssecurite](http://www.rbc.com/rensperssecurite).

---

**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 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)  
Canada M5G 1R7  
Téléphone : 416 597-0590  
Site Web : [www.mib.com](http://www.mib.com)

RBC Vie, ou ses réassureurs, peuvent aussi communiquer les renseignements figurant à votre dossier à d'autres compagnies d'assurance vie auprès desquelles vous pourriez présenter une proposition d'assurance vie ou maladie, ou encore soumettre une demande de règlement.



RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET SUR L'EMPLOI

PERSONNE À ASSURER A

(Cochez une case)

M  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  D<sup>r</sup>  D<sup>re</sup>  Autre

1. Nom légal de la personne à assurer :

a. Nom

b. Prénoms

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 à ce qu'une Déclaration d'entente soit signée par la personne à assurer et le(s) titulaire(s) proposé(s) et soit jointe à la proposition.

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

i. Citoyen canadien  Résident permanent

Autre (Préciser)

j. Vous résidez au Canada depuis  ans  mois

2. Adresse du domicile: a. 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 ( )

5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de:

a) Tabac, autre qu'un gros cigare par mois ; ou

b) Feuilles ou de noix de bétel, plus d'une fois par mois ; ou

c) Cigarettes électroniques, de pipes à eau, de produits à base de nicotine ou de produits de désaccoutumance au tabac ?

▶▶ Si vous avez répondu par oui, le tarif fumeur sera appliqué.

PERSONNE À ASSURER B

(Cochez une case)

M  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  D<sup>r</sup>  D<sup>re</sup>  Autre

3. Nom légal de la personne à assurer :

a. Nom

b. Prénoms

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

h. Citoyen canadien  Résident permanent

Autre (Préciser)

i. Vous résidez au Canada depuis  ans  mois

4. Adresse du domicile :

▶▶ Même que celle de la personne à assurer A

**OU** a. 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 ( )

Personne à assurer

A: Oui  Non

B: Oui  Non

ASSURANCE PROPOSÉE

6. Assurance sur une tête

Assurance conjointe premier décés

PourVous ▶▶

ans  
(10-40)

Veuillez préciser le montant d'assurance vie demandé

\$

## ASSURANCE PROPOSÉE, cont.

7. Personne à assurer	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	Garantie en cas de décès accidentel
A:	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$
B:	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$

8. **Avenant d'assurance temporaire simplifiée 1**

Assurance sur une tête    ans (10-40) **Montant**  \$

Assurance conjointe premier décès

Nom des personnes à assurer au titre de cette protection

a.

b.

c.

d.

**Avenant d'assurance temporaire simplifiée 2**

Assurance sur une tête    ans (10-40) **Montant**  \$

Assurance conjointe premier décès

Nom des personnes à assurer au titre de cette protection

a.

b.

c.

d.

**Avenant d'assurance temporaire simplifiée 3**

Assurance sur une tête    ans (10-40) **Montant**  \$

Assurance conjointe premier décès

Nom des personnes à assurer au titre de cette protection

a.

b.

c.

d.

**Avenant d'assurance temporaire simplifiée 4**

Assurance sur une tête    ans (10-40) **Montant**  \$

Assurance conjointe premier décès

Nom des personnes à assurer au titre de cette protection

a.

b.

c.

d.

**Avenant d'assurance temporaire simplifiée 5**

Assurance sur une tête    ans (10-40) **Montant**  \$

Assurance conjointe premier décès

Nom des personnes à assurer au titre de cette protection

a.

b.

c.

d.

9. Exonération des primes du payeur

Nom du payeur

Le sexe

Date d'anniversaire

10. Avenant d'assurance temporaire pour enfants

 **Veillez remplir la proposition d'avenant d'assurance temporaire pour enfants aux page 10.**

Montant d'assurance de chaque enfant assuré  \$

## BÉNÉFICIAIRE

Les désignations de bénéficiaire sont révocables, sauf au Québec, où 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 en cochant la case à côté:  Révocable

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. Au Québec, les prestations payables à un mineur sont versées au(x) parent(s) survivant(s) en qualité de tuteur(s).

Assurez-vous que le total des parts des bénéficiaires principaux et subsidiaires est respectivement de 100 %.

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.

11.	Personne à assurer		Nom au complet du bénéficiaire			Révocable ou irrévocable	Lien avec la personne à assurer (au Québec, le titulaire proposé)	Bénéficiaire principal ou subsidiaire	Part (%)
	A	B	(Prénom)	(Second prénom)	(Nom de famille)				
	<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"/>							

Nom de fiduciaire

Lien avec la personne à assurer

## DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE

▶▶ À remplir si le titulaire proposé désire nommer un fiduciaire comme bénéficiaire et qu'un fiduciaire n'a pas déjà été nommé aux termes d'une convention de fiducie écrite.

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.

Je nomme   
Prénom Second prénom Nom de famille

en qualité de fiduciaire, pour recevoir, en fiducie, les prestations payables en vertu de la police.

Lien avec la personne à assurer

## TITULAIRE(S) PROPOSÉ(S)

12. a. 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)

b. (Cochez une case) M  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  D<sup>r</sup>  D<sup>re</sup>

c. Prénom ou nom de l'entreprise

d. Second prénom

e. Nom de famille

f. Lien avec les personnes à assurer A et B

g. Adresse postale (à des fins de facturation et de correspondance)

Numéro et rue

h. Ville

i. Province

j. Code postal

k. 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.)

## COTITULAIRE PROPOSÉ (si la tenance conjointe n'est pas entre les personnes à assurer A et B)

13. a. (Cochez une case) M  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  D<sup>r</sup>  D<sup>re</sup>

b. Prénom ou nom de l'entreprise

c. Second prénom

d. Nom de famille

e. Lien avec les personnes à assurer A et B

f. Adresse postale (à des fins de facturation et de correspondance)

Numéro et rue

g. Ville

h. Province

i. Code postal

j. À l'attention de

k. Lien avec l'autre cotitulaire proposé

La tenance conjointe est avec droit de survie, sauf indication contraire. (Au Québec, les titulaires proposés doivent se désigner l'un l'autre titulaire subrogé s'ils désirent bénéficier du droit de survie.)

## TITULAIRE SUBROGÉ

▶▶ À remplir en cas de souscription de l'avenant d'assurance temporaire pour enfants.

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

14. a. (Cochez une case) M  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  D<sup>r</sup>  D<sup>re</sup>

b. Prénom ou nom de l'entreprise

c. Second prénom

d. Nom de famille

e. Lien avec les personnes à assurer A et B

## QUESTIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE MODE DE VIE

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, l'ARN ou les chromosomes. Veuillez fournir l'information au sujet de tous les autres examens médicaux.

**1. Personne à assurer**

**A:** Taille actuelle  cm  pi/po  Poids actuel  kg  lb

**B:** Taille actuelle  cm  pi/po  Poids actuel  kg  lb

2. Recevez-vous actuellement une forme quelconque d'aide sociale autres que l'assurance emploi ou exercez-vous l'une des professions suivantes : travailleur dans l'industrie de la marijuana, mineur ou carrier, ouvrier spécialiste du travail sur hauts échafaudages, boutefeu ou préposé à la manutention d'explosifs, monteur de ponts, de charpentes métalliques ou de structures en acier, plongeur professionnel, travailleur sur une plateforme pétrolière, travailleur de l'aide à l'étranger, journaliste correspondant à l'étranger, diplomate, travailleur de l'exploitation forestière, personnel militaire, gouvernante ou étudiant ?

**A:** Oui  Non

**B:** Oui  Non

3. Avez-vous déjà souffert ou vous a-t-on déjà dit que vous souffriez du SIDA ou du syndrome apparenté au SIDA ou avez-vous déjà été traité ou reçu des conseils relativement au SIDA ou au syndrome apparenté au SIDA ou avez-vous déjà reçu des résultats positifs au test de dépistage du VIH ?

**A:** Oui  Non

**B:** Oui  Non

4. Une compagnie vous a-t-elle déjà refusé une assurance vie, ou la remise en vigueur d'une assurance vie, ou une telle assurance a-t-elle déjà fait l'objet d'une surprime ou été rescindée ou modifiée, ou votre dernière proposition d'assurance vie a-t-elle été reportée ?

**A:** Oui  Non

**B:** Oui  Non

5. a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous séjourné ou résidé pendant plus de 8 semaines consécutives à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, ou comptez-vous le faire dans les 12 prochains mois ?

**A:** Oui  Non

**B:** Oui  Non

b) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous séjourné à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique, dans un pays ou une destination autre que l'Amérique centrale, l'Europe de l'Ouest, les Caraïbes, les Bermudes, la Chine, l'Australie, le Japon, la Nouvelle-Zélande, la Corée du Sud ou le Vietnam, ou comptez-vous le faire dans les 12 prochains mois ?

**A:** Oui  Non

**B:** Oui  Non

6. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous participé à des activités dans l'aviation en tant que pilote, élève pilote ou membre d'équipage, ou avez-vous pratiqué une activité ou un sport dangereux, notamment la course automobile, le saut à l'élastique, le saut en chute libre, le parachutisme, le vol en ultraléger, le deltaplane, la plongée sous-marine à plus de 100 pieds de profondeur, l'escalade de rocher, l'alpinisme, le ski hors-piste ou l'hélicski, ou comptez-vous de le faire ?

**A:** Oui  Non

**B:** Oui  Non

7. Au cours des 5 dernières années, votre permis de conduire a-t-il été révoqué ou suspendu, avez-vous été reconnu coupable de conduite avec les facultés affaiblies ou de toute infraction liée à l'alcool, à la drogue, ou de nature criminelle ou de telles accusations ont-elles été portées contre vous ?

**A:** Oui  Non

**B:** Oui  Non

Au cours des 10 dernières années, avez-vous reçu des soins ou des conseils médicaux, ou été suivi pour les troubles ci-après, ou encore, ceux-ci ont-ils été diagnostiqués ou en avez-vous présenté les symptômes :

8. a) hypertension artérielle, taux élevé de cholestérol, accident vasculaire cérébral, lupus, asthme, apnée du sommeil ou toute affection ou tout trouble se rapportant au système respiratoire ou circulatoire, au cœur ou aux poumons ?

**A:** Oui  Non

**B:** Oui  Non

b) leucémie ou cancer, autre qu'un carcinome basocellulaire ?

**A:** Oui  Non

**B:** Oui  Non

9. polyarthrite rhumatoïde, diabète, hépatite, maladie du foie ou des reins, affections de l'estomac ou des intestins, sclérose en plaques, paralysie, ou autres affections du système nerveux central ?

**A:** Oui  Non

**B:** Oui  Non

10. dépression ou autres troubles mentaux, nerveux ou psychiatriques, alcoolisme ou toxicomanie, ou avez-vous fait un usage fréquent (plus de 8 fois par mois) de marijuana ou de hachisch, ou avez-vous fait usage de drogues sans ordonnance, dont la cocaïne ?

**A:** Oui  Non

**B:** Oui  Non

11. maladie de Parkinson, déficience cognitive, troubles de la mémoire, démence, maladie d'Alzheimer, chorée de Huntington, maladie du motoneurone ou autre trouble neurologique ou cérébral ?

**A:** Oui  Non

**B:** Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS SUR LA PRIME ET LE MODE DE PAIEMENT

- a. Mode de paiement : Mensuel  Annuel
- b. Plan de débits préautorisés (DPA) (Remplir l'accord de DPA ci-dessous)  OU Facturation directe
- c. La prime de la note de couverture pour l'assurance vie a-t-elle été perçue ? Oui  Non
- Dans l'affirmative, veuillez indiquer le montant perçu :  \$
- d. Si la note de couverture pour l'assurance vie n'a pas été demandée, la prime initiale sera-t-elle réglée par DPA ? Oui  Non

### ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

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

- 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.
- 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. Les prélèvements auront lieu le jour du mois auquel la prime de la police est exigible.
- 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](http://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](http://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.

**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).**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nom de la banque ou de l'institution financière

Numéro de succursale

Numéro de banque

Numéro de compte

Adresse

Ville

Province

Code postal

Fait à

Ville/Province

le jour

de

Mois/Année

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)

## PROPOSITION D'ASSURANCE – AVENANT D'ASSURANCE TEMPORAIRE POUR ENFANTS



Doit être un enfant naturel ou un enfant adopté de l'assuré désigné dans la proposition d'assurance vie.

Un titulaire subrogé doit être désigné dans la proposition principale.

Les enfants doivent avoir entre 14 jours et 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.

### Nom des enfants

a. Prénom  Second prénom  Nom de famille

Fille  Garçon  Date de naissance (jj/mm/aa)

Taille   cm  pi/po Poids   kg  lb Lien avec la (les) personne(s) à assurer

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

b. Prénom  Second prénom  Nom de famille

Fille  Garçon  Date de naissance (jj/mm/aa)

Taille   cm  pi/po Poids   kg  lb Lien avec la (les) personne(s) à assurer

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

c. Prénom  Second prénom  Nom de famille

Fille  Garçon  Date de naissance (jj/mm/aa)

Taille   cm  pi/po Poids   kg  lb Lien avec la (les) personne(s) à assurer

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

### Antécédents médicaux

OUI NON

- Une proposition d'assurance sur un enfant a-t-elle déjà été refusée, reportée ou modifiée de quelque façon que ce soit ?
- 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 ?
- 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 ?
- Les enfants susnommés habitent-ils tous avec la personne à assurer ?    
Dans la négative, indiquez avec qui ils habitent et la fréquence des visites de la personne à assurer avec l'enfant.

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.

Enfant	N° de la question	Précisions

## CONVENTION

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/nous informerons 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 ou médical (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 ou médical (s'il y a lieu), et la date de délivrance de la police.
3. RBC Vie pourra annuler et rendre sans effet la police 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/nous avons lu et compris la section intitulée « Collecte et utilisation des renseignements personnels » et j'accepte/nous acceptons ses conditions.
7. J'ai reçu et lu une copie du Fiche d'information à l'intention du consommateur – préavis.
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

(Ville/Province)

le

(Jour)

de

(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 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)

Signature du cotitulaire proposé (s'il n'est pas la personne à assurer A ou B)

Signature du témoin

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

\* Au Québec, s'il y a plus d'un tuteur, tous les tuteurs doivent signer, à moins qu'un des tuteurs n'ait obtenu une procuration l'autorisant à agir unilatéralement au nom de l'enfant.

## 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 la Compagnie d'assurance vie RBC.

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 proposition 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 autres données 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 leur demande 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. Cette autorisation visant à 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, la compagnie pourrait 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 ou ceux de mon enfant 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 ou d'assurer mon enfant. 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, ou à celui de mon enfant, 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.



Signature des parents/tuteurs\*



Signature des parents/tuteurs\*



Signature de tout enfant de 16 ans ou plus (18 ans au Québec)



Signature de tout enfant de 16 ans ou plus (18 ans au Québec)

\*Au Québec, s'il y a plus d'un tuteur, tous les tuteurs doivent signer, à moins qu'un des tuteurs n'ait obtenu une procuration l'autorisant à agir unilatéralement au nom de l'enfant.

Cette page est laissée en  
blanc intentionnellement.

## 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 et mes emplois passés et actuels, 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. Cette autorisation visant à 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, la compagnie pourrait 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.

La personne à assurer A n'accepte pas la divulgation des renseignements médicaux et personnels au représentant de service

La personne à assurer B n'accepte pas la divulgation des renseignements médicaux et personnels 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. Toute modification de la présente autorisation la rendra nulle et non avenue.

Fait à

(Ville/Province)

le

(Jour)

(Mois/Année)

Signature de la personne à assurer A

Signature de la personne à assurer B

Déclaration du représentant : J'ai expliqué clairement les dispositions et restrictions de la police demandée à la personne à assurer. Il est entendu que je ne suis pas habilité à modifier la proposition ou les dispositions de la police. J'ai accompli tous mes devoirs et obligations en ce qui a trait à la déclaration du conseiller.

Nom du représentant et code du représentant

Signature du représentant

Date (jj/mm/aaaa)



## Assurances

Assureur : Compagnie d'assurance vie RBC

® / <sup>MC</sup> Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada, utilisée(s) sous licence.  
VPS99934