



RBC
Assurances

Proposition d'assurance

maladie grave

DIRECTIVES IMPORTANTES

- Écrire lisiblement en majuscules à l'aide d'un stylo, à encre noire de préférence pour les besoins de la photocopie. NE PAS employer de guillemets de répétition.
- NE RIEN effacer ni employer de correcteur liquide. En cas d'erreur, faire une rature et demander au proposant de la parapher.
- Une fois la proposition signée, faire parapher tout changement par le proposant. La proposition est un document juridique qui fait partie intégrante du contrat d'assurance.

Nous avons à coeur de protéger votre vie privée

À RBC Assurances®, nous prenons l'engagement de protéger votre vie privée. Nous respectons votre vie privée et voulons que vous sachiez comment nous protégeons vos renseignements personnels.

Collecte des renseignements personnels

Nous recueillons et conservons des renseignements sur vous s'ils sont nécessaires pour vous fournir les produits et services que vous nous demandez. Nous nous adressons directement à vous ou à nos représentants pour les obtenir. Il peut également arriver que nous devions faire appel à d'autres sources; par exemple, des hôpitaux, des médecins ou autres professionnels de la santé, le Bureau de renseignements médicaux, le gouvernement (y compris les régimes d'assurance maladie gouvernementaux) et autres organismes gouvernementaux, d'autres compagnies d'assurance, institutions financières, ainsi que votre dossier de conduite automobile et votre ancien, ou actuel, employeur.

Utilisation des renseignements

Nous utilisons vos renseignements personnels pour vous procurer les produits et services que vous nous demandez, par exemple pour évaluer le risque d'assurance et traiter les demandes de règlement. Il peut aussi arriver que nous partagions ces renseignements avec d'autres personnes qui travaillent pour le compte de RBC Assurances ou d'autres compagnies de RBC Groupe Financier^{smc}, ou encore, avec des tierces parties, lorsque cela s'avère nécessaire pour les services que nous vous fournissons. Les tierces parties peuvent inclure des compagnies d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, des institutions financières, des administrateurs de tierces parties et toute référence que vous nous fournissez.

Ces renseignements peuvent également être utilisés à l'interne, afin de produire des rapports statistiques destinés à nous aider à comprendre les besoins de notre clientèle, ainsi qu'à comprendre et à gérer nos affaires.

Votre numéro d'assurance sociale, si vous nous l'avez communiqué, servira, s'il y a lieu, aux fins d'impôt et nous aidera à vous identifier auprès de Citoyenneté et Immigration Canada, au besoin.

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

Lorsque vous vous adressez directement à RBC Assurances pour obtenir des produits et services, vos renseignements personnels pourront également être utilisés à d'autres fins. Ainsi, nous pouvons utiliser ou partager avec d'autres certains de vos renseignements afin de vous faire connaître d'autres produits et services offerts par RBC Assurances et par les autres compagnies de RBC Groupe Financier. Toutefois, jamais les renseignements que nous avons sur votre état de santé ne seront divulgués à cette fin. Pour mieux être en mesure de gérer votre relation avec les autres compagnies de RBC Groupe Financier, nous pouvons, dans la mesure où la loi nous y autorise, consolider les renseignements que nous avons sur vous avec ceux des autres compagnies membres.

Si vous décidez, n'importe quand, que vous ne voulez pas que nous utilisions vos renseignements personnels pour les fins indiquées sous la rubrique « Autres utilisations de vos renseignements personnels », veuillez nous le dire en nous appelant au 1 800 663-0417.

Votre droit de consulter vos renseignements personnels

Vous avez le droit de consulter les renseignements personnels que nous gardons sur vous dans un dossier. Si ces renseignements ne sont pas exacts, vous pouvez les faire rectifier.

Pour obtenir l'accès à vos renseignements ou demander des rectifications, vous pouvez communiquer avec nous à l'adresse suivante :

Compagnie d'assurance vie RBC

C.P. 515, succursale A

Mississauga (Ontario)

L5A 4M3

Téléphone : 1 800 663-0417 Télécopieur : 905 813-4816

Pour en savoir davantage sur la protection de la vie privée

RBC Groupe Financier publie une brochure sur la protection de la vie privée de ses clients. Pour en obtenir un exemplaire, vous pouvez entrer en communication avec nous et nous nous ferons un plaisir de vous en faire parvenir un.



RBC
Assurances

PROPOSITION - RÉTABLISSEMENT D'UNE MALADIE GRAVE
Compagnie d'assurance vie RBC

PARTIE 1 « Vous » et « votre » s'entendent de la personne à assurer. S'il manque d'espace sur la proposition pour répondre en entier à toute question, veuillez joindre une feuille séparée que vous aurez signée.

PERSONNE À ASSURER

(Cochez une case)

M. M^{me} M^{lle} D^r D^o

1. Nom légal (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

a. Nom _____

b. Prénom _____

c. Ancien nom _____

d. Date de naissance : Jour ____ Mois ____ Année ____

e. Âge (au plus proche anniversaire) _____

f. Lieu de naissance (prov./pays) : _____

g. Sexe H F

h. Lisez-vous et parlez-vous couramment le français ou l'anglais ? Oui Non

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

2. a. Domicile - Numéro et rue _____

b. App. n° _____

c. Ville _____

d. Province _____ e. Code postal _____

f. Numéro de téléphone (domicile) (____) _____

Numéro de téléphone (bureau) (____) _____

g. Vous résidez au Canada depuis ? _____ ans

h. Sauf pour des vacances, prévoyez-vous voyager ou résider hors de l'Amérique du Nord ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

i. Numéro d'assurance sociale _____

PROPRIÉTÉ DU CONTRAT À remplir si le titulaire n'est pas la personne à assurer.

3. Titulaire proposé _____ Adresse _____

Titulaire subsidiaire _____ Adresse _____

À qui la correspondance doit-elle être adressée ? _____

DÉSIGNATION DU PRESTATAIRE

4. Les prestations de remboursement des primes sont payables au titulaire de police proposé. Les prestations pour maladie grave seront versées à la personne à assurer à moins que le titulaire de police proposé désigne un autre prestataire-ci dessous.

Prestataire (Nom et prénom au complet en caractères d'imprimerie)

Lien de parenté

PROFESSION DE LA PERSONNE À ASSURER

5. a. Profession(s) et fonctions : _____

b. Nombre d'années dans l'entreprise actuelle ? _____

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

6. Votre revenu professionnel annuel net, inscrit dans votre déclaration de revenu fédérale, s'établissait comme suit:

Revenu réel de l'an dernier : (précisez l'année) (____) _____ \$

Votre revenu professionnel net correspond à votre revenu net diminué des frais professionnels ou d'entreprise, avant impôts personnels. Ne pas inclure de revenu d'autres sources, comme les prestations d'assurance-emploi, le revenu provenant d'un REER, les allocations familiales ou tout autre revenu non professionnel.

7. Prêt hypothécaire sur domicile ou résidence secondaire _____ \$

8. Si la personne à assurer n'est pas financièrement autonome : Quel est le revenu professionnel brut de la famille ? _____ \$

QUESTIONNAIRE FINANCIER

Si une assurance personne clé (indemnités de remplacement ou prêt garanti) ou prêt commercial est aussi proposée, veuillez remplir ce qui suit : (Les chiffres doivent être fondés sur les résultats financiers les plus récents.)

9. a) Montant du prêt commercial _____ \$ b) Période d'amortissement _____ ans c) Précisions sur le prêt _____
 d) Raisons du prêt _____
10. a) Participation dans l'entreprise, détenue par la personne à assurer _____ %
 b) Actif total _____ \$
 c) Passif total _____ \$
 d) Valeur comptable _____ \$
 e) Juste valeur marchande _____ \$
 f) Revenu brut _____ \$
 g) Revenu net après impôt _____ \$
11. S'il s'agit d'une proposition d'assurance Prêt commercial, tous les propriétaires de l'entreprise présentent-ils une proposition d'assurance Rétablissement d'une maladie grave ? Oui Non

Si oui, veuillez inscrire le pourcentage d'actions de chacun et le montant d'assurance en vigueur et/ou à l'étude : _____

Si non, veuillez en préciser la raison : _____

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

12. Énumérez **toutes** les polices en vigueur, y compris les assurances vie et invalidité suivantes : individuelle (A), association (C), collective - invalidité de longue durée (D), maintien du salaire ou congés de maladie rémunérés par l'employeur en cas d'invalidité (E), frais généraux (F), rachat (G), personne clé (K), prêt commercial (L), accident seulement (O), maladie grave (R), régimes de l'État (V) ou autre (précisez) _____ .
S'il n'y en a pas, inscrivez « aucune ».

Compagnie	Date d'effet	Vie	Invalidité	Type de couverture (A, C, D, etc. voir ci-dessus)	Montant d'indemnisation (mensuelle, forfaitaire, etc.)	Imposable ? Oui Non	Délai de carence	Période d'indemnisation	Maintien en vigueur ? Oui Non	Date de cessation
						<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"/>	

13. Présentez-vous en même temps ou avez-vous présenté au cours des six derniers mois une proposition d'assurance à une autre compagnie ? Oui Non Si « **Oui** », précisez ci-dessus.
14. La police proposée vise-t-elle à remplacer ou à modifier une assurance en vigueur ? Oui Non Si « **Oui** », précisez ci-dessus.
15. Inscrivez le numéro de toute assurance en vigueur auprès de la Compagnie. Indiquez si elle doit être refondue (ref.) ou maintenue (maint.) N° _____ (_____)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

16. AVEZ-VOUS déjà :
- a. eu une assurance surprimée, modifiée, refusée, résiliée ou annulée ou vous a-t-on refusé le maintien ou la remise en vigueur d'une assurance ? OUI NON
- b. été accusé ou trouvé coupable d'une infraction au code criminel ? OUI NON
17. Au cours des cinq dernières années :
- a. Avez-vous été accusé ou trouvé coupable d'infraction au code de la route ? Si « **oui** », inscrivez le numéro du permis de conduire et donnez des précisions ci-dessous. OUI NON
- b. Avez-vous déclaré faillite (faillite personnelle ou d'entreprise) ? Si « **oui** », inscrivez la date de libération et donnez des précisions ci-dessous. OUI NON
18. AVEZ-VOUS :
- a. au cours des deux dernières années, pratiqué les sports suivants : motocyclette, tout-terrain, plongée avec scaphandre léger, benji (saut à l'élastique), parachutisme, deltaplane, course automobile ou motonautique, rodéo, alpinisme, planche à neige ou autres sports ou activités extraprofessionnelles ? Avez-vous l'intention de le faire prochainement ? OUI NON
- b. déjà piloté un avion, un ultraléger ou un planeur, ou avez-vous l'intention de le faire prochainement ? OUI NON

Précisions sur les réponses affirmatives :

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

PERSONNE À ASSURER

Nom de la personne à assurer : _____

1. Taille actuelle _____ Poids _____
2. Votre poids a-t-il varié depuis un an ? Oui Non Si oui, le poids en plus _____ ou en moins _____.
3. À l'heure actuelle, êtes-vous sous observation ou faites-vous l'objet d'un traitement, d'une thérapie, de counselling ou de médication ? Oui Non
Si « oui », précisez _____
4. Nom, adresse complète et numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) des médecins traitants ou des établissements médicaux.
S'il n'y en a pas, inscrivez « aucun ».
5. Date et raison de la plus récente consultation médicale : _____
Résultats : _____
6. S'agit-il de votre médecin de famille habituel ? Oui Non
Si « non », veuillez donner le nom complet, l'adresse complète et le numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) de votre médecin de famille.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX Encerclez la question appropriée et précisez les réponses affirmatives à la page 4.

7. Avez-vous :
 - a. fait usage de tabac, y compris de produits de désaccoutumance au tabac, **au cours des douze derniers mois** ? Si oui, précisez (p.ex., cigares ou cigarettes, de même que la quantité par semaine, ou encore précisez le produit de désaccoutumance au tabac). Oui Non
 - b. fait usage de marijuana **au cours des douze derniers mois** ? Si oui, précisez la date de votre dernière consommation et la fréquence de consommation. Oui Non
 - c. été avisé de cesser de fumer pour des raisons de santé ? Oui Non
 - d. déjà demandé ou reçu des conseils ou été traité pour consommation de médicaments, prescrits ou non, créant un état de dépendance, ou bien fait usage de cocaïne, barbiturique, marijuana ou autre narcotique ou stupéfiant créant un état de dépendance ? Oui Non
 - e. eu une transfusion de sang ou de produit sanguin ? Oui Non
8. Consommez-vous des boissons alcooliques ? Oui Non
Si « oui », Précisez la quantité par semaine et le genre d'alcool : _____
9. Avez-vous déjà demandé ou reçu des conseils ou été traité ou trouvé coupable d'une infraction relativement à la consommation d'alcool ou consommez-vous abusivement de l'alcool ? Oui Non
10. Avez-vous déjà eu des indices ou suivi un traitement touchant les affections suivantes :
 - a. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), para-SIDA ou syndrome associé au SIDA, ou obtenu des résultats positifs à un test de dépistage des anticorps du VIH ? Oui Non
 - 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
 - c. Douleurs thoraciques, angine, crise cardiaque, ECG anormal, pouls irrégulier, hypertension artérielle, souffle au cœur, taux élevé de cholestérol, acrosyndrome, maladie du cœur ou troubles circulatoires ? Oui Non
 - d. Calcul rénal, albumine, pus, protéine, sang ou sucre dans les urines ou autre maladie des reins, des voies urinaires ou de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux ? Oui Non
 - e. Accident vasculaire cérébral, 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 tout autre trouble neurologique ? Oui Non
 - f. Anxiété, dépression, troubles mentaux ou nerveux ? Oui Non
 - g. Goutte, arthrite, lupus, rhumatisme ou autre maladie de la peau, des muscles, des os, des articulations ou de la colonne vertébrale, amputation, paralysie ou difformité ? Oui Non
 - h. Affection du système sanguin ou glandulaire comme l'anémie, l'hypertrophie des glandes, l'affection thyroïdienne ou le diabète ? Oui Non
 - i. Tumeur, cancer, polype ou autre excroissance, maladie de la peau ou des ganglions lymphatiques, maladie sanguine ou autre forme d'affection maligne ? Oui Non
 - j. Ulcère ou autre affection de l'estomac, du pancréas, du côlon ou des intestins, colite, hémorragie, affection du foie, ou obtenu des résultats positifs à des tests de dépistage de l'hépatite ou été informé que vous étiez porteur de la maladie ? Oui Non

CONVENTION

Compagnie d'assurance vie RBC référée aux présentes en titre de "la Compagnie"

Il est convenu ce qui suit :

1. 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.
2. 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.
3. 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 producteur, mais non inscrite dans cette proposition.
4. La Compagnie a le droit d'exiger des examens ou tests médicaux pour évaluer l'assurabilité.
5. 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'assurabilité de la personne à assurer. La seule exception à ce qui précède est prévue à la Quittance et Note de couverture émise lorsque la prime est payée d'avance. J'informerai sans délai la Compagnie de tout changement touchant les réponses données dans la proposition.
6. **La Compagnie est autorisée à obtenir un rapport de solvabilité à mon sujet.**
7. L'acceptation par le titulaire proposé de toute police établie consécutivement à la présente proposition constituera la ratification de toute modification.
8. J'autorise la Compagnie à se servir de mon numéro d'assurance sociale expressément aux fins d'identification de mon dossier d'assurance et aux fins de l'impôt et pour toute autre question ayant trait à mes polices d'assurance.
9. J'accuse ici réception du Préavis, qui décrit les règles relatives au Bureau de renseignements médicaux.
10. Aucune photocopie de la proposition ne sera automatiquement annexée à la police (sauf au Québec où la loi l'exige). La photocopie de la proposition ne sera remise que sur demande.
11. La ou les polices émises par la Compagnie par suite de la présente proposition ne couvrent que les maladies graves attribuables directement : a) à des blessures corporelles subies lors d'un accident ou à une maladie dont les premiers symptômes se manifestent après la délivrance de la police et pendant que celle-ci est toujours en vigueur, et b) à défaut d'exclusion expresse, à des blessures corporelles subies lors d'un accident ou à toute maladie dont les premiers symptômes se manifestent avant la délivrance de la police ou avant que celle-ci ne prenne effet, 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 personnes à assurer ou qui lui sont raisonnablement accessibles au sujet de sa blessure ou de sa maladie, y compris tous les symptômes et autres signes.
12. La délivrance de toute police accompagnée d'un formulaire de modification est conditionnelle à la signature du formulaire non modifié, par le ou la soussignée et à sa réception par la Compagnie, à défaut de quoi la police ne prendra pas effet.
13. **Pour les résidents du Québec seulement :** 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. Seuls les employés, mandataires et représentants responsables du dossier y auront accès.
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.

La présente proposition fera partie intégrante du contrat d'assurance qui sera établi sur la seule bonne foi des parties et d'après les déclarations figurant dans la proposition.

Je suis responsable de l'exactitude des déclarations et des réponses, même si je ne les ai pas lues. 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 Quittance et Note de couverture (ne s'applique que si l'acompte minimal a été versé et la Quittance, dûment détachée de la présente proposition).

Fait à _____, le _____
ville et province

Personne à assurer (Signature) _____

Titulaire proposé(Signature) _____

Nota : 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 (en caractères d'imprimerie) _____ Signature _____

Adresse _____ Fait à _____
(ville / province)

Numéro de téléphone _____ Le _____

Nota : Le témoin ne doit pas avoir de lien de parenté avec la personne à assurer ou le titulaire proposé.
Le producteur peut signer comme témoin, s'il est présent.

La déclaration du producteur figure à la page suivante

DÉCLARATION DU PRODUCTEUR

Je déclare avoir expliqué clairement les conditions et les restrictions de la police proposée et, éventuellement, les conditions et les restrictions de la Note de couverture, puis avoir posé expressément ou fait lire toutes les questions de la proposition à la personne à assurer ou au titulaire proposé, le cas échéant. À ma connaissance, les personnes en cause ont bien compris toutes les questions. À ma connaissance, toutes les réponses aux questions de la proposition ont été inscrites en entier et avec exactitude. Tous les renseignements pertinents que je pourrais éventuellement connaître au sujet de la personne à assurer ont été déclarés dans cette proposition. Si une police est établie, je ne la remettrai au titulaire proposé qu'après confirmation auprès du titulaire proposé et de la personne à assurer, s'il s'agit d'une autre personne, que toutes les conditions préalables à la délivrance ont été entièrement satisfaites et qu'il n'y a eu aucun changement quant à l'assurabilité de la personne à assurer depuis que cette proposition a été remplie. Il est également entendu que je ne suis pas habilité à modifier les droits ou responsabilités de la Compagnie ou du titulaire proposé, au titre de quelque convention, ni à modifier la Note de couverture. J'ai personnellement agi comme intermédiaire dans la souscription de la police proposée, pour le compte de la personne à assurer et du titulaire proposé.

Nom du producteur (en caractères d'imprimerie) _____

Signature **X** _____

Fait à _____, le _____
(ville / province) (JJ/MM/AAAA)

Nom du témoin : (Si le producteur a un lien de parenté avec la personne à assurer ou le titulaire proposé) _____

Signature du témoin : **X** _____

Le _____
(JJ/MM/AAAA)

À REMPLIR DANS TOUS LES CAS - AUTORISATION DE TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS.

J'autorise toute personne physique ou morale - médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique, établissement médical ou paramédical, agence de renseignements sur le crédit, compagnie d'assurance ou de réassurance, bureau de renseignements médicaux ou autre organisation, institution ou personne, établissement financier, agent de renseignements personnels, employeur, ancien employeur ou autorités fiscales - qui possède des renseignements à mon sujet ou concernant mon état de santé, à les transmettre à Compagnie d'assurance vie RBC et à ses réassureurs participants, aux fins de l'évaluation de la présente proposition d'assurance et/ou d'une éventuelle demande de règlement ; en outre, je consens expressément à ce que ces derniers mènent toute enquête jugée nécessaire à cette évaluation. Pour assurer une transmission rapide des renseignements médicaux, je consens également à ce que tout médecin autorisé, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou établissement paramédical transmette ces renseignements à un service d'enregistrement téléphonique des comptes rendus médicaux exclusivement pour Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs. Je consens aussi à ce que le bureau des véhicules automobiles de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Manitoba, ou de toute province exigeant une autorisation à cet effet, permette à une agence d'enquête d'obtenir copie de tous les renseignements du dossier de conducteur ayant quelque lien avec la présente proposition. Je consens également à la transmission de ces renseignements au Bureau de renseignements médicaux Inc. En cas de décès, j'autorise mes bénéficiaires, ayants droit, héritiers, légataires, exécuteurs, administrateurs et liquidateurs de succession à fournir à Compagnie d'assurance vie RBC et à ses réassureurs participants les renseignements et les autorisations nécessaires à l'étude de la demande de règlement et à l'obtention de toutes les pièces justificatives requises. Photocopie de cette autorisation a même valeur que l'original.

Signature de la
personne à assurer X _____

Fait le _____

(JJ/MM/AAAA)

À REMPLIR DANS TOUS LES CAS - AUTORISATION DE TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS.

J'autorise toute personne physique ou morale - médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique, établissement médical ou paramédical, agence de renseignements sur le crédit, compagnie d'assurance ou de réassurance, bureau de renseignements médicaux ou autre organisation, institution ou personne, établissement financier, agent de renseignements personnels, employeur, ancien employeur ou autorités fiscales - qui possède des renseignements à mon sujet ou concernant mon état de santé, à les transmettre à Compagnie d'assurance vie RBC et à ses réassureurs participants, aux fins de l'évaluation de la présente proposition d'assurance et/ou d'une éventuelle demande de règlement ; en outre, je consens expressément à ce que ces derniers mènent toute enquête jugée nécessaire à cette évaluation. Pour assurer une transmission rapide des renseignements médicaux, je consens également à ce que tout médecin autorisé, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou établissement paramédical transmette ces renseignements à un service d'enregistrement téléphonique des comptes rendus médicaux exclusivement pour Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs. Je consens aussi à ce que le bureau des véhicules automobiles de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Manitoba, ou de toute province exigeant une autorisation à cet effet, permette à une agence d'enquête d'obtenir copie de tous les renseignements du dossier de conducteur ayant quelque lien avec la présente proposition. Je consens également à la transmission de ces renseignements au Bureau de renseignements médicaux Inc. En cas de décès, j'autorise mes bénéficiaires, ayants droit, héritiers, légataires, exécuteurs, administrateurs et liquidateurs de succession à fournir à Compagnie d'assurance vie RBC et à ses réassureurs participants les renseignements et les autorisations nécessaires à l'étude de la demande de règlement et à l'obtention de toutes les pièces justificatives requises. Photocopie de cette autorisation a même valeur que l'original.

Signature de la
personne à assurer X _____

Fait le _____

(JJ/MM/AAAA)

À REMETTRE AVEC LA PROPOSITION**AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE**

POLICE N° _____

LIEU D'ENCAISSEMENT _____

Le ou les soussignés autorisent la Compagnie et l'établissement financier désigné ci-dessous, ou tout autre établissement financier qu'ils pourront désigner ultérieurement, à effectuer des prélèvements sur leur compte de banque aux fins du paiement des primes. Un prélèvement par des moyens électroniques ou autres peut être effectué sur leur compte, à effet immédiat. Il est entendu que tout prélèvement effectué avant l'émission de la ou des polices représentera une partie de l'acompte exigible aux termes de la Quittance et Note de couverture. Les paiements de prime sont assujettis aux dispositions de la ou des polices. Avant la date prévue du prochain prélèvement autorisé, le ou les soussignés informeront par écrit la Compagnie de tout changement touchant leurs coordonnées bancaires ou de la fin de la présente autorisation. Il est également entendu que si la banque devait refuser un prélèvement pour insuffisance de fonds, la Compagnie essaierait d'office, sans préavis, de présenter de nouveau sa demande de prélèvement dans les dix jours suivant la réception de l'avis d'insuffisance de fonds. Le ou les soussignés reconnaissent que la présente autorisation remise à la Compagnie est considérée comme ayant été remise par eux à l'établissement financier désigné. Il leur est loisible, ainsi qu'à la Compagnie, de mettre fin à la présente entente, moyennant un avis écrit.

Nom de la banque _____

Adresse de la banque _____

Jour du prélèvement _____ (1^{er} au 28^e jour seulement)Signature du ou des
titulaires du compte X _____(Nom en caractères
d'imprimerie) _____Signature du ou des
titulaires du compte X _____(Nom en caractères
d'imprimerie) _____Fait le _____
(JJ/MM/AAAA)

Veuillez annexer une formule de chèque ou préciser d'ajouter à la police n° _____

**DEMANDE DE NOTE DE COUVERTURE RELATIVE AUX
PROPOSITIONS D'ASSURANCE MALADIE GRAVE**
(NON OFFERTE DANS LE CAS DE DEMANDES INFORMELLES)
NE PAS DÉTACHER

À remplir par la personne à assurer

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Avez-vous déjà été traité pour ce qui suit ou eu des indices de la présence des affections suivantes : maladie du cœur ou du système circulatoire, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, chorée de Huntington, crise cardiaque, douleurs thoraciques, ECG anormal, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), sclérose en plaques, paralysie, cécité, surdité, diabète, hypertension artérielle, maladie chronique des reins, du foie ou des poumons ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pour autant que vous sachiez, avez-vous déjà eu des symptômes de ce qui suit ou été traité pour ces affections : cancer, tumeur, SIDA, para-SIDA ou infections au VIH ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous eu des symptômes de maladies ayant entraîné une hospitalisation (mis à part les accouchements normaux) ou été traité pour de telles affections au cours des deux dernières années ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vous êtes-vous absent  du travail pendant plus de sept jours au cours des six derniers mois, en raison d'une maladie ou d'une blessure ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous plus de 65 ans ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Une proposition d'assurance vie sur votre tête a-t-elle déjà été refusée, modifiée de quelque façon ou supprimée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Avez-vous des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore cherché à suivre un traitement, pour lesquels un traitement est prévu ou pour lesquels vous êtes en attente d'un traitement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LA NOTE DE COUVERTURE NE SERA REMISE QUE SI VOUS AVEZ RÉPONDU « NON »   TOUTES LES QUESTIONS CI-DESSUS. ELLE NE SERA VALIDE ET NE PRODUIRA SES EFFETS QUE SI CES RÉPONSES SONT VÉRIDIQUES.

Le proposant a droit à la note de couverture lorsque le montant global d'assurance au titre de toutes les polices proposées à la Compagnie s'élève à 250 000 \$ ou moins et que la personne à assurer a moins de 65 ans. Lorsque la note de couverture peut être établie et que la Compagnie accepte de l'accorder, le montant de la note de couverture correspond à la somme de tous les montants d'assurance indiqués dans la proposition, sous réserve d'un maximum de 250 000 \$. La présente demande de note de couverture ne peut être remplie qu'au moment de la rédaction de la proposition d'assurance et la première prime doit être payée le même jour. Si la personne à assurer décède ou est atteinte d'une maladie grave par suite d'un acte d'autodestruction, intentionnel ou non, la responsabilité de la Compagnie se limite au remboursement de la prime versée.

J'accepte les conditions de la note de couverture stipulées ci-après.

Fait à _____, le _____
VILLE / PROVINCE (JJ/MM/AAAA)

X
SIGNATURE DU TITULAIRE (S'IL DIFFÈRE DE LA PERSONNE   ASSURER)
CICIAF (05/04)

X
SIGNATURE DE LA PERSONNE   ASSURER

**QUITTANCE ET NOTE DE COUVERTURE RELATIVE AUX
PROPOSITIONS D'ASSURANCE MALADIE GRAVE**
(REMETTRE   LA PERSONNE ASSURÉE SI UN ACOMPTTE EST VERS  ET
SI LA DEMANDE DE NOTE DE COUVERTURE EST REMPLIE.)

La Compagnie consent une note de couverture à la personne à assurer nommée dans la proposition d'assurance remplie le même jour que la présente note de couverture. L'assurance au titre de la note de couverture est payable au bénéficiaire désigné dans la proposition pour une seule des maladies graves définies dans le contrat, sous réserve des conditions ci-après.

RÉSILIATION DE LA NOTE DE COUVERTURE

- La note de couverture prend fin d'office lorsque la police d'assurance proposée entre en vigueur.
- La Compagnie peut résilier la note de couverture moyennant l'envoi par la poste d'un avis de résiliation au titulaire (la note de couverture cessant de produire ses effets dès la mise à la poste de l'avis). Le cas échéant, toute somme payée sera remboursée. La résiliation produit ses effets, que la personne à assurer ait ou non reçu son remboursement.
- Dans tous les cas, l'assurance prévue par la note de couverture prend fin d'office à l'expiration de la période de 90 jours qui suit la signature.

CONDITIONS

- L'assurance prévue par la note de couverture n'est offerte que si la personne à assurer a moins de 65 ans le jour de la signature de la note et si le montant global de l'assurance proposée est de 250 000 \$ ou moins.
- Une seule note de couverture peut être en vigueur sur la tête de la personne à assurer. Si plus d'une demande de note de couverture est présentée, seule la note de couverture prévoyant le capital le plus élevé prendra effet.
- Aucune note de couverture n'est remise à l'égard d'une proposition d'assurance invalidité ou d'assurance additionnelle.
- Un acompte égal à au moins dix pour cent de la prime annuelle globale de l'assurance de base, ou à une prime mensuelle si ce mode de paiement est choisi, doit être vers  à la Compagnie au moment de la rédaction de la proposition.

RESTRICTIONS

- Aucune indemnité n'est versée au titre de la présente note de couverture à la suite d'un diagnostic de cancer.
- Aucune indemnité n'est versée au titre de la présente note de couverture si le décès survient avant l'expiration de la période de 30 jours suivant le diagnostic de l'une des maladies graves définies.
- Si la personne à assurer décède ou est atteinte d'une maladie grave assurée par suite d'un acte d'autodestruction, la responsabilité de la Compagnie se limite au remboursement de la prime versée. Par acte d'autodestruction, on entend la tentative de suicide ou le suicide de la personne assurée, qu'elle soit saine d'esprit ou non, ou le fait de s'infliger volontairement des blessures ; il est considéré également qu'il y a acte d'autodestruction, lorsque le décès ou les blessures sont attribuables directement ou indirectement, ou liés dans quelque mesure ou de quelque façon que ce soit, aux actes décrits ci-dessus, peu importe quand survient le décès ou la blessure.
- Il n'y a aucune garantie au titre de la présente note de couverture si le chèque remis en règlement de la prime est sans provision.
- Personne n'est autorisé à modifier l'une ou l'autre des conditions de la présente note de couverture, ni à y renoncer.

Je reconnais que la somme de _____ \$ a été versée à la Compagnie au moment de la rédaction de la proposition.

Fait le _____ Signature du producteur **X** _____
(05/04) (JJ/MM/AAAA)

Détacher et remettre à la personne à assurer
Information destinée au consommateur
PRÉAVIS

Les renseignements sur votre assurabilité et sur vos demandes de règlement sont confidentiels. La Compagnie ou ses réassureurs peuvent en communiquer un relevé sommaire au Bureau de renseignements médicaux (BRM) Inc., organisme sans but lucratif des assureurs-vie qui maintient une banque de données pour le compte de ses membres. Si vous présentez à une autre compagnie membre du BRM une proposition d'assurance vie, maladie grave ou invalidité ou une demande de règlement, le BRM communiquera à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède. Le BRM vous communiquera, sur demande, tous les renseignements qu'il possède à votre sujet. Si vous remettez en cause l'exactitude des renseignements du BRM, vous pouvez lui demander de les rectifier.

Les coordonnées du Bureau de renseignements médicaux sont les suivantes : 330, University Avenue, Toronto (Ontario), Canada M5G 1R7 ; téléphone : (416) 597-0590. Nous pouvons aussi transmettre les renseignements que nous possédons à nos réassureurs et à tout assureur à qui vous présentez une proposition d'assurance vie ou invalidité, ou 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 dure environ cinq minutes. Comme nous souhaitons que cet entretien se fasse à un moment qui vous convienne, 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'interviewer portent sur les renseignements figurant sur la proposition d'assurance. Ces questions touchent les aspects personnels, financiers et médicaux de l'assurabilité. 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.



Compagnie d'assurance vie RBC

C.P. 5044, Burlington (Ontario) L7R 4C1 • 905.319.9501



^{mc} Marque de commerce de la Banque Royale du Canada.
RBC Assurances est une marque déposée de la Banque Royale du Canada. Utilisées sous licence.