



Veillez lire la section intitulée « Collecte et Utilisation des Renseignements Personnels », au verso de la présente formule. Elle explique comment nous protégeons vos renseignements personnels.

Prière d'écrire en caractères d'imprimerie

1. Personne à assurer

M. M^{me} M^{lle} Autre (préciser) : Femme Homme Langue du contrat : Français Anglais

Prénom _____ Second prénom _____

Nom de famille _____

Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Pays de naissance _____

Âge à l'anniversaire de naissance le plus proche _____

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

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

Depuis combien de temps vivez-vous au Canada ? _____

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

Province _____ Code postal _____ Téléphone au domicile _____

Téléphone cellulaire _____ Téléphone au bureau _____

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

Nature de l'entreprise _____ Profession actuelle _____

2. Coordonnées

Le meilleur moment de la journée pour passer l'entrevue téléphonique (du lundi au samedi) est : _____ avant-midi
après-midi

Vous pouvez me joindre aux numéros de téléphone susmentionnés : Téléphone au domicile Bureau Cellulaire

3. Titulaire proposant (si autre que la personne à assurer)

M. M^{me} M^{lle} Autre (préciser) : Prénom ou nom de la société _____

Second prénom (s'il y a lieu) _____ Nom de famille _____

Lien avec la personne à assurer (s'il y a lieu) : _____

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

Ville _____ Province _____ Code postal _____

À l'attention de _____

L'assurance doit-elle être établie en copropriété avec la personne à assurer ? Oui Non

Dans l'affirmative, la copropriété comporte un droit d'assurance du survivant, sauf indication contraire. (Au Québec, si la copropriété avec droit d'assurance du survivant est désirée, les titulaires doivent se désigner réciproquement titulaires subrogés.)

4. Titulaire subrogé (le cas échéant)

M. M^{me} M^{lle} Autre (préciser) : Prénom _____

Second prénom (s'il y a lieu) _____ Nom de famille _____

Lien avec la personne à assurer (s'il y a lieu) : _____

Si tous les titulaires meurent avant la personne à assurer, en l'absence d'un titulaire subrogé désigné, la propriété est transférée à la succession du dernier titulaire de police décédé.

5. Désignation du prestataire (ne s'applique qu'à l'indemnité de base de l'assurance maladies graves)

L'indemnité de maladie grave sera versée à la personne à assurer, à moins que le titulaire proposant désigne un autre prestataire. (Le montant du remboursement des primes au décès est payable au titulaire proposant. Ce montant ne peut être cédé.)

(Prénom)	Nom complet du prestataire (Second prénom) (Nom de famille)	Lien avec la personne à assurer (titulaire proposant au Québec)	Part (%)

Les désignations de prestataire sont révocables sauf au Québec. Au Québec, si le conjoint auquel le titulaire est légalement marié est désigné comme prestataire, la désignation est irrévocable, à moins d'avoir été expressément désigné à titre révocable (le cas échéant, cocher la case suivante). Révocable

6. Assurance en vigueur

Assurance en vigueur ou à l'étude ? Oui Non

Dans l'affirmative, remplir ce qui suit. Remplir une formule de préavis de remplacement, au besoin.

Année d'établissement	Assureur	Type d'assurance (vie, maladies graves, invalidité)		Montant	L'assurance demandée doit- elle remplacer un contrat en vigueur auprès d'une autre compagnie ?	
		Personnelle	Entreprise		Oui	Non

7. Renseignements d'ordre financier (à remplir uniquement si d'autres assurances maladies graves sont en vigueur ou à l'étude)

(a)	Quel est, en dollars canadiens, votre revenu d'emploi annuel net ?	\$
(b)	Solde à rembourser sur prêts hypothécaires (résidence principale ou chalet) ?	\$
(c)	Si vous n'êtes pas autonome financièrement, quel est le revenu familial brut ?	\$

8. Assurance demandée

Assurance maladies graves T10 RG	Capital assuré	Garanties complémentaires	Prime
Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 75 000 \$	Remboursement des primes au décès <input type="checkbox"/>	

9. Paiement de la prime

Avis de prime : : Annuel Semestriel

Prélèvements automatiques sur le compte bancaire (remplir la formule à la page 6) : Annuel Semestriel Mensuel

10. Renseignements personnels

La personne à assurer a-t-elle jamais présenté une proposition d'assurance vie, maladies graves, invalidité ou maladie, ou fait une demande de changement ou de remise en vigueur d'une police d'assurance de ce genre, qui a été établie avec surprime ou refusée, ou a-t-elle jamais détenu une assurance de ce genre qui a été résiliée, annulée ou modifiée pour quelque raison que ce soit ?

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

Déclarations, accords et consentements

Le titulaire proposant, et la personne à assurer si elle n'est pas le titulaire proposant, 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 avant l'expiration de ce délai, la présente proposition sera considérée comme ayant été refusée.
2. L'assurance au titre de la police ne prend effet que lorsque a) une police a formellement été délivrée au titulaire proposant et acceptée par lui ; b) toutes les conditions de délivrance de la police au titulaire proposant sont remplies, notamment la réception à nos bureaux de toutes les modifications, annexes et exclusions requises pour la mise en vigueur de la police, 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 du risque depuis la signature de la proposition. Je m'engage à informer immédiatement RBC Vie par écrit de tout changement aux réponses données aux questions de la présente proposition et aux réponses des questions posées lors de l'entrevue téléphonique survenant entre la date de la présente proposition, celle de l'entrevue téléphonique et celle de la délivrance de la police.
3. RBC Vie pourra annuler et rendre sans effet la police et, s'il y a lieu, la note de couverture s'il y a fausse déclaration ou omission de faits essentiels à l'appréciation du risque d'assurance dans l'une des sections de la proposition, lors d'un examen médical 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 connexes. 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 la section intitulée « Collecte et Utilisation des Renseignements Personnels » et j'accepte ses conditions.
7. J'ai reçu et lu une copie de l'Avis concernant le MIB, Inc.
8. À moins de stipulation contraire à la question relative à la langue du contrat de la présente proposition, il a été expressément demandé que le contrat et tous les documents qui s'y rapportent soient rédigés en français.

Fait à _____ le _____
(ville et province) (jour/mois/année)

Signature de la personne à assurer

Signature du titulaire proposant s'il n'est pas la personne à assurer (si le titulaire est une entreprise, fournir le titre du fondé de pouvoir, si le titulaire est un fiduciaire, signer en tant que fiduciaire et identifier la fiducie).

Signature du témoin

Signature du titulaire conjoint proposant (s'il y a lieu)

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Autorisation

J'autorise la Compagnie (Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs) à mener les enquêtes nécessaires et à recueillir des renseignements personnels à mon sujet. 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'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(e) à obtenir, pour vérification, copie 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 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, qui sont en leur possession ou sous leur responsabilité et qui sont pertinents.

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 du Transport provincial ; le MIB, Inc. ; ainsi que toute autre personne, agence, agence d'évaluation du crédit ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçu par la Compagnie au titre de la présente autorisation, qu'il s'agisse de renseignements médicaux ou non, sera utilisé aux fins d'évaluation du risque ou des demandes de règlement éventuelles, ou encore pour établir la validité de la police.

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

Cette autorisation est valide à moins que je ne la révoque par écrit.

Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, est aussi valide que l'original.

Fait à _____, le _____.
(ville et province) (jour/mois/année)

Signature de la personne à assurer

Signature du témoin

Autorisation

J'autorise la Compagnie (Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs) à mener les enquêtes nécessaires et à recueillir des renseignements personnels à mon sujet. 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'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(e) à obtenir, pour vérification, copie 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 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, qui sont en leur possession ou sous leur responsabilité et qui sont pertinents.

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 du Transport provincial ; le MIB, Inc. ; ainsi que toute autre personne, agence, agence d'évaluation du crédit ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçu par la Compagnie au titre de la présente autorisation, qu'il s'agisse de renseignements médicaux ou non, sera utilisé aux fins d'évaluation du risque ou des demandes de règlement éventuelles, ou encore pour établir la validité de la police.

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

Cette autorisation est valide à moins que je ne la révoque par écrit.

Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, est aussi valide que l'original.

Fait à _____, le _____
(ville et province) (jour/mois/année)

Signature de la personne à assurer

Signature du témoin

Accord de débit préautorisé (DPA)

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

Le payeur nommé ci-après convient de ce qui suit :

1. (a) Il autorise la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) à effectuer des prélèvements mensuels périodiques sur le compte bancaire qu'il détient à l'institution financière nommée ci-dessous, ou à toute autre institution financière qu'il pourrait désigner ultérieurement, pour acquitter les primes conformément au calendrier de versement des primes de sa police ou de ses polices, y compris la prime initiale.
- (b) **RBC Vie est dispensée de lui adresser un préavis avant de prélever la prime initiale, ou en cas de changement du montant du prélèvement.**
- (c) À moins d'indication contraire dans la section Directives spéciales ci-dessous, les prélèvements auront lieu le jour du mois auquel la prime de la police est exigible, ou si cet accord s'applique à plus d'une police, les prélèvements seront alors effectués à la date de prélèvement de la ou des polices en vigueur.
- (d) L'institution financière nommée ci-dessous est par la présente autorisée à honorer à partir de maintenant les demandes de prélèvement des primes ou des frais de police présentées par RBC Vie sur le compte bancaire indiqué ci-dessous, y compris la présentation de nouveau d'une demande de prélèvement dans les 30 jours suivant la non-acceptation du prélèvement initial.
- (e) Il s'engage à informer par écrit RBC Vie de tout changement aux renseignements sur le compte indiqués ci-dessous au moins cinq jours avant le prochain prélèvement prévu. Il convient qu'à l'occasion, il peut autoriser RBC Vie à effectuer ces prélèvements sur un autre compte, suivant ses instructions verbales ou écrites.
- (f) Il peut, tout comme RBC Vie, mettre fin à cet accord, sous réserve d'un préavis de résiliation par écrit d'au moins 10 jours et ce, pour toutes les polices visées par l'accord. Il peut obtenir de l'information supplémentaire sur ses droits concernant la résiliation de l'accord de DPA en consultant le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca.
- (g) En cas de contestation d'un DPA, il convient d'en informer RBC Vie. En cas de recours, ce DPA est considéré s'appliquer à un compte personnel.

Le payeur a certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, il a le droit de recevoir un remboursement pour tout DPA non autorisé ou non conforme au présent accord. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur ses droits de recours, le payeur peut communiquer avec son institution financière ou consulter le site www.cdnpay.ca.

- (h) Les noms et signatures de toutes les personnes dont l'autorisation est requise pour effectuer les prélèvements sur le compte sont fournis ci-dessous.
2. À ajouter au DPA déjà en vigueur de la ou des police numéros _____
 3. Directives spéciales (les prélèvements ne peuvent avoir lieu que du 1^{er} au 28 du mois) _____

Coordonnées bancaires

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

Nom de la banque ou de l'institution financière	Numéro de succursale	Numéro de banque	Numéro de compte
_____	_____	_____	_____

Adresse

Ville	Province	Code postal
_____	_____	_____

Fait à _____ le _____
(ville/province) (jj/mm/aa)

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)

RAPPORT DU REPRÉSENTANT

1. Depuis combien de temps connaissez-vous la personne à assurer ? _____ ans.

2. Les négociations entreprises aux fins de cette proposition d'assurance ont-elles été entamées par :
vous ? la personne à assurer ? le titulaire proposant ?

3. La personne à assurer et le titulaire proposant comprennent-ils le français ou l'anglais ? Oui Non

Si non, le processus de téléproposition ne peut être utilisé. Une proposition distincte et complète d'assurance maladies graves doit être remplie et envoyée (formule française 83551; formule anglaise 83550), accompagnée d'une déclaration de compréhension. Veuillez préciser que la proposition porte sur une assurance maladies graves T10 RG.

4. Antidater pour sauvegarder l'âge ? Oui Non
(On utilise l'âge au plus proche anniversaire lors de la prise de décision par le service de tarification et non pas la date de la proposition.)

Autre date requise :

5. Déclaration du représentant :

J'ai expliqué clairement les dispositions et restrictions de la police demandée 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 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 ou les dispositions de la police, si celle-ci est établie. J'ai accompli tous mes devoirs et obligations en ce qui a trait à la déclaration du conseiller, et fourni une déclaration du conseiller par écrit au titulaire proposant.

Date (jj/mm/aaaa)				
Signature du représentant				
Nom du représentant				
Nom de la société du représentant				
Bureau de commercialisation				
Part	%	Code du représentant attribué	%	Code du représentant

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

Avez-vous annexé à la proposition :

Avis de divulgation (Préavis de remplacement au Québec) (le cas échéant)

Un chèque marqué « nul » sur lequel les codes bancaires sont lisibles (si le mode de paiement par PAC a été choisi)

UNE FOIS REMPLIES, DÉTACHEZ LES PAGES SUIVANTES ET REMETTEZ-LES AU CLIENT

Avis concernant le MIB, Inc.

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) M5G 1R7
Téléphone : 416 597-0590 ou en visitant le site Web : <http://www.mib.com>

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

Processus d'entrevue téléphonique avec RBC Vie

1. Votre représentant vous indiquera où signer la proposition et transmettra à RBC Vie la proposition dûment signée.
2. Une personne spécialement formée pour réaliser l'entrevue téléphonique vous appellera au nom de RBC Vie pour recueillir vos renseignements personnels et des renseignements sur votre état de santé.
3. Après l'entrevue téléphonique, RBC Vie commencera l'examen de votre proposition.

Il est important d'avoir à portée de la main plusieurs renseignements durant l'entrevue téléphonique. Pour vous assurer que la personne à assurer a en main tout ce qu'il faut pour le bon déroulement de l'entrevue, passez en revue la liste de vérification ci-dessous.

Identification	Renseignements personnels	Renseignements sur votre état de santé
<ul style="list-style-type: none">• Votre numéro de permis de conduire	<ul style="list-style-type: none">• Précisions sur les activités que vous pratiquez• Précisions sur les voyages que vous avez entrepris au cours des 12 derniers mois et ceux que vous comptez entreprendre au cours des 24 prochains mois.	<ul style="list-style-type: none">• Traitement reçu de tout médecin ou centre hospitalier• Nom, adresse et numéro de téléphone de ces médecins ou centres hospitaliers• Raisons du traitement, date(s) et résultats• Le nom de tous les médicaments que vous prenez actuellement, y compris la posologie, la fréquence et la raison• L'information sur les antécédents médicaux de votre famille

COLLECTE ET UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Collecte de vos renseignements personnels

Nous (la Compagnie d'assurance vie RBC) pouvons, à l'occasion, recueillir des renseignements à votre sujet, tels que :

- des renseignements permettant d'établir votre identité (par exemple, nom, adresse postale, numéro de téléphone, date de naissance, etc.) et vos antécédents personnels ;
- des renseignements découlant de votre relation avec nous ;
- des renseignements que vous nous communiquez au cours du processus de proposition et de règlement pour n'importe lequel de nos produits ou services d'assurance ;
- des renseignements nécessaires à la fourniture de produits ou à la prestation de services d'assurance.

Nous pouvons recueillir ces renseignements auprès de vous directement ou par l'intermédiaire de nos représentants. Nous pouvons recueillir et vérifier ces renseignements tout au long de notre relation. Nous pouvons les recueillir de diverses sources, notamment des hôpitaux, des médecins et autres professionnels de la santé, du MIB, Inc., du gouvernement (incluant les régimes d'assurance maladie gouvernementaux) et d'autres organismes gouvernementaux, d'autres compagnies d'assurance, d'institutions financières, des rapports sur le dossier du conducteur et de votre employeur.

Utilisation de vos renseignements personnels

Ces renseignements peuvent être utilisés à l'occasion aux fins suivantes :

- vérifier votre identité et examiner vos antécédents personnels ;
- établir et renouveler les produits et services d'assurance que vous pourriez demander ;
- évaluer le risque d'assurance et traiter les demandes de règlement ;
- mieux comprendre votre situation sur le plan de l'assurance ;
- déterminer votre admissibilité aux produits et services d'assurance que nous offrons ;
- nous aider à mieux comprendre les besoins actuels et futurs de nos clients ;
- vous communiquer tout avantage, toute caractéristique et toute information au sujet des produits et services d'assurance que vous détenez chez nous ;
- nous aider à mieux gérer nos affaires et notre relation avec vous ;
- comme la loi l'exige ou le permet.

À ces fins, nous pouvons rendre ces renseignements accessibles à nos employés, mandataires, prestataires de services, ou tierces parties qui sont tenus d'en assurer la confidentialité.

Si notre prestataire de service se trouve à l'extérieur du Canada, il est lié par les lois du territoire où il est situé, et les renseignements peuvent être divulgués conformément à ces lois. Les tierces parties peuvent être d'autres compagnies d'assurance, le MIB, Inc. et des institutions financières.

Nous pouvons aussi utiliser ces renseignements et les communiquer aux sociétés de RBC® (i) pour gérer nos risques et nos activités et ceux d'autres sociétés de RBC, (ii) pour nous conformer aux demandes d'information valables vous concernant en provenance des autorités de contrôle, des organismes de l'État, des organismes publics ou d'autres entités habilitées à soumettre de telles demandes, et (iii) pour faire connaître à d'autres sociétés de RBC vos choix au titre de la section « *Autres utilisations de vos renseignements personnels* » dans le seul but de les faire respecter.

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

Le paragraphe ci-dessous ne s'applique pas si la proposition est présentée par un représentant indépendant ou un représentant affilié à une autre compagnie que RBC Assurances®.

Autres utilisations de vos renseignements personnels

- Nous pouvons utiliser ces renseignements pour faire, auprès de vous, la promotion de nos produits et services, ainsi que ceux de tiers choisis et susceptibles de vous intéresser. Nous pouvons communiquer avec vous par divers modes de communication, notamment le téléphone, l'ordinateur ou la poste, en utilisant les coordonnées que vous 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 notre politique de protection des renseignements personnels en demandant un exemplaire de la publication « L'essentiel sur la protection de la vie privée des clients® », en téléphonant au numéro sans frais indiqué ci-dessus ou en consultant notre site Web, à l'adresse www.rbc.com/privée.

® Marques déposées de la Banque Royale du Canada. Utilisées sous licence.