

# Proposition d'assurance vie

(À utiliser de concert avec l'entrevue téléphonique)

## DIRECTIVES IMPORTANTES

- Cette proposition ne doit servir qu'à la souscription des assurances vie Temporaire 10, Temporaire 20 et Temporaire 100, de l'assurance vie universelle, et des avenants et garanties complémentaires qui s'y rapportent.
- Cette proposition NE DOIT PAS servir à la souscription des assurances maladies graves, invalidité et soins de longue durée.
- Écrire lisiblement à l'aide d'un stylo à encre bleue ou noire.
- Ne rien effacer ni employer de correcteur liquide. Ne pas employer de guillemets de répétition. En cas d'erreur, faire une rature et demander au proposant de la parapher. La proposition est un document juridique qui fait partie intégrante du contrat.
- L'argent ne peut être perçu qu'au moment de remplir la proposition ou de délivrer la police. La proposition, la note de couverture, le reçu et tout paiement doivent tous porter la même date.
- En cas de demande d'une assurance conjointe (premier ou dernier décès), d'un avenant d'assurance temporaire ou d'une garantie d'exonération des primes du payeur (lorsque l'assuré n'est pas le même que celui qui figure sur cette proposition), utilisez une proposition distincte pour chaque assuré en indiquant sur chaque proposition le numéro de l'autre.
- L'âge légalement requis pour signer le contrat est de 18 ans au Québec et de 16 ans dans les autres provinces.
- Les proposants doivent comprendre aisément le français ou l'anglais afin d'effectuer l'entrevue téléphonique. Les proposants qui ne comprennent pas aisément le français ou l'anglais peuvent toujours présenter une demande d'assurance en remplissant la proposition d'assurance vie complète accompagnée d'une « Déclaration d'entente » dûment signée.
- Le siège social de RBC Vie s'occupera de commander, s'il y a lieu, les examens médicaux requis en raison de l'âge ou du montant d'assurance. Prière de ne pas les commander directement.

## Prendre une décision éclairée

Si vous désirez plus de renseignements au sujet de l'assurance que vous envisagez de souscrire, vous pouvez consulter un spécimen de police à l'adresse [www.rbcassurances.com/specimenpolice](http://www.rbcassurances.com/specimenpolice)

Votre conseiller en assurance peut répondre à toutes vos questions.

Assurances





1. Personne à assurer

PARTIE 1 (Veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

M. [ ] Mme [ ] Autre titre (préciser) [ ] \_\_\_\_\_ Femme [ ] Homme [ ] Fumeur [ ] Non-Fumeur [ ]
Prénom \_\_\_\_\_ Second prénom \_\_\_\_\_
Nom de famille \_\_\_\_\_ Ancien nom (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_
Date de naissance (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_ Pays de naissance \_\_\_\_\_
Âge à l'anniversaire de naissance le plus proche \_\_\_\_\_
Comprenez-vous le français et/ou l'anglais ? Oui [ ] Non [ ] (si non, l'entrevue téléphonique ne peut être effectuée)
Citoyen canadien [ ] Résident permanent (immigrant reçu) [ ] Autre (préciser) [ ] \_\_\_\_\_
Depuis combien de temps vivez-vous au Canada ? \_\_\_\_\_ Langue du contrat : Français [ ] Anglais [ ]
Adresse du domicile : App. n° \_\_\_\_\_ Numéro et rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_
Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_
Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ Adresse de l'employeur \_\_\_\_\_
N° de téléphone \_\_\_\_\_ Nature des activités de l'entreprise \_\_\_\_\_
Depuis combien de temps travaillez-vous pour cet employeur ? \_\_\_\_\_ Profession actuelle \_\_\_\_\_

2. 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 suivants : Téléphone au domicile [ ] Bureau [ ] Cellulaire [ ] Numéro \_\_\_\_\_

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

M. [ ] Mme [ ] Autre titre (préciser) [ ] \_\_\_\_\_ Prénom ou nom de l'entreprise \_\_\_\_\_
Second prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_
Lien avec les personnes à assurer \_\_\_\_\_
Adresse postale (à des fins de facturation et de correspondance) : Numéro et rue \_\_\_\_\_
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_
À l'attention de \_\_\_\_\_

4. Cotitulaire proposé (le cas échéant)

M. [ ] Mme [ ] Autre titre (préciser) [ ] \_\_\_\_\_ Prénom ou nom de l'entreprise \_\_\_\_\_
Second prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_
Lien avec les personnes à assurer \_\_\_\_\_
Lien avec le cotitulaire \_\_\_\_\_
Adresse postale (à des fins de facturation et de correspondance) : Numéro et rue \_\_\_\_\_
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_
À l'attention de \_\_\_\_\_

Dans le cas d'un contrat en tenance conjointe, le droit de survie est implicite, sauf indication contraire. (Au Québec les titulaires doivent se désigner réciproquement titulaires subrogés s'ils désirent le droit de survie.)

## 5. Titulaire subrogé

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

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

M.  Mme  Mlle  Autre titre (préciser)  \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Second prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Lien avec les personnes à assurer \_\_\_\_\_

## 6. Bénéficiaire

Les désignations de bénéficiaire sont révocables, sauf stipulation contraire. Au Québec, si le conjoint auquel le propriétaire proposé est légalement marié et est désigné comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable, à moins d'avoir été expressément désigné à titre révocable. La désignation d'un nouveau bénéficiaire ne peut se faire sans l'autorisation par écrit du bénéficiaire irrévocable désigné. Si le bénéficiaire est d'âge mineur, il est recommandé de nommer un fiduciaire afin d'éviter une consignation judiciaire, sauf au Québec. Veuillez remplir le formulaire de désignation de fiduciaire à la page 14. Au Québec, les prestations payables à un mineur sont versées au(x) parent(s) en qualité de tuteur(s).

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

Si tous les bénéficiaires décèdent avant la personne à assurer, les sommes assurées sont payables au bénéficiaire subsidiaire, s'il y a lieu, sinon au titulaire ou aux ayants droit du titulaire.

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

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

## 7. Assurance en vigueur

Avez-vous de l'assurance vie sur votre tête en vigueur ou à l'étude ? Oui  Non  Dans l'affirmative, remplir le tableau ci-dessous.

Remplissez les formulaires de déclaration (formulaires de préavis de remplacement au Québec), au besoin.

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

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

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

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

## 8. Objet principal de l'assurance

Individuelle  Veuillez cocher tous les choix pertinents.

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

Commerciale  Veuillez cocher tous les choix pertinents.

1. Protéger un employé clé
2. Protéger un prêt à l'entreprise
3. Financer une convention de rachat
4. Obtenir une avance sur police
5. Garantir un prêt bancaire
6. Financer un don de bienfaisance
7. Planifier la relève de l'entreprise
8. Maximiser le compte de dividendes en capital

Autre  Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

## 9. Renseignements d'ordre financier

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

Personne à assurer

	\$
	\$
	\$
	\$
	\$

À remplir si une assurance commerciale est demandée :

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

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

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

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

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

Question n°	Précisions

## 10. Assurance Proposée

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

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

2. **Formule et options de l'assurance de base :**

	Durée	Assurance sur une tête	Assurance conjointe premier décès
PourVous RBC® * Ne cocher que si votre client a reçu la lettre d'offre de renouvellement de l'assurance temporaire, qui précise qu'il est admissible à ce programme.	_____ (10 to 40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporaire 10	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporaire 20	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Nom des personnes à assurer au titre de l'assurance vie de base	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	Garantie en cas de décès accidentel
a. _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ \$
b. _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ \$
c. _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ \$
d. _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ \$
e. _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ \$

4. **Avenant d'assurance temporaire 1 :**

	Durée	Assurance sur une tête	Assurance conjointe premier décès	Capital assuré \$
PourVous RBC®	_____ (10 to 40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temporaire 10	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temporaire 20	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom des personnes à assurer au titre de l'avenant d'assurance temporaire

N° de proposition

a. _____	_____
b. _____	_____
c. _____	_____
d. _____	_____

**Avenant d'assurance temporaire 2 :**

	Durée	Assurance sur une tête	Assurance conjointe premier décès	Capital assuré \$
PourVous RBC®	_____ (10 to 40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temporaire 10	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temporaire 20	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom des personnes à assurer au titre de l'avenant d'assurance temporaire

N° de proposition

a. _____	_____
b. _____	_____
c. _____	_____
d. _____	_____

5. **Exonération des primes du payeur :**  Nom du payeur \_\_\_\_\_ N° de proposition \_\_\_\_\_

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

6. **Avenant d'assurance temporaire pour enfants**

▶▶ Veuillez remplir la proposition d'avenant d'assurance temporaire pour enfants aux pages 12 et 13.

**Montant d'assurance de chaque enfant assuré** \_\_\_\_\_ \$

# 11. Options d'assurance vie universelle RBC

Exposé signé ci-joint

Soumission spéciale du Service de soutien actuariel de RBC Vie

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

Capital-décès uniforme avec coût  
d'assurance croissant annuellement

Capital-décès croissant avec coût  
d'assurance croissant annuellement

Capital-décès croissant avec coût  
d'assurance uniforme

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans toutes les provinces, sauf le Québec, si le bénéficiaire est mineur, un fiduciaire doit être nommé afin d'éviter une consignation judiciaire. Veuillez remplir la formule de nomination de fiduciaire à la page 14. Au Québec, les prestations qui sont payables à des mineurs sont versées au père ou à la mère encore en vie, à titre de tuteur.

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

- 1. L'exposé d'assurance vie universelle doit être daté et signé par chacun des proposants et par le conseiller, et joint à la proposition.
- 2. Remplissez le Complément à la vérification de l'identité, à la page 15.
- 3. Remplissez le formulaire d'affectation des primes, à la page 17. Si aucune affectation des primes n'est choisie, l'option intérêts quotidiens s'appliquera d'office.
- 4. Si une « Solution de vente » a été présentée, notez-le dans le Rapport du représentant à la page 19, et joignez-en une copie à la proposition.

## 12. Renseignements personnels

La personne à assurer a-t-elle jamais présenté une proposition d'assurance vie 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 refuse, ou a-t-elle jamais détenu une assurance de ce genre qui a été résiliée ou déclarée nulle et sans effet ou modifiée pour quelque raison ?

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

## 13. Paiement de la prime

1. Prime périodique initiale \_\_\_\_\_ \$
2. Assurance vie universelle seulement : Prime additionnelle unique de \_\_\_\_\_ \$ ci-jointe.
3. Mode de règlement : Facturation annuelle avec avis de prime  ou débit préautorisé (DPA) mensuel  (remplissez le formulaire à la page 11)
4. Acquitter la prime mensuelle de la note de couverture de l'assurance vie par DPA ? Oui  Non
5. La prime de la note de couverture de l'assurance vie a-t-elle été perçue ? Oui  Non   
Dans l'affirmative, indiquez le montant qui a été perçu : \_\_\_\_\_ \$
6. Si la note de couverture de l'assurance vie n'a pas été demandée, la prime initiale sera-t-elle réglée par DPA ? Oui  Non
7. **Note importante lorsque l'on a choisi le DPA comme mode de règlement des primes d'assurance vie universelle :**

Pour réduire au minimum le risque de défaut en raison de l'insuffisance du provisionnement ou du rendement des placements, vous devrez peut-être payer une prime minimale additionnelle si la date de prélèvement mensuelle ne correspond pas à la date de la police. Voulez-vous :

- que nous établissions la date de la police pour qu'elle corresponde avec la date de prélèvement précisée dans le formulaire de DPA à la page 11 ;
- que nous établissions la date de prélèvement en fonction de la date de la police établie par la Compagnie d'assurance vie RBC ; ou
- que nous utilisions la date de prélèvement précisée dans le formulaire de DPA à la page 11, sans rajuster la date de la police ? Je reconnais que si le DPA est insuffisant, je devrai peut-être payer une prime additionnelle et la police pourrait être en situation d'irrégularité.

## Déclarations, accords et consentements

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

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

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Ville, Province Jour Mois Année

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne à assurer ou de ses parents/tuteurs\* si la personne à assurer 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 y a lieu)

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

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



# AUTORISATION

Nom de la personne à assurer \_\_\_\_\_

J'autorise la compagnie (Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs) à mener les enquêtes nécessaires et à recueillir des renseignements personnels me concernant. Il est entendu que la compagnie établira et tiendra à jour des dossiers contenant mes renseignements personnels. Il est entendu également que l'accès à mes renseignements personnels sera limité aux employés de la compagnie, et aux autres personnes embauchées par la compagnie, dans l'exercice de leurs fonctions, ou aux personnes à qui j'en aurai permis l'accès, par écrit, ou à toute autre personne autorisée par la loi. En outre, il est entendu que, sauf lorsque la compagnie peut limiter mon accès à mes renseignements personnels et qu'elle le fait légalement, je serai autorisé à examiner les copies des documents contenant lesdits renseignements personnels que la compagnie a en sa possession, sous réserve du paiement de frais de reproduction raisonnables. Il est entendu également que je serai autorisé à demander de consulter ces documents et à y signaler toute erreur, et à demander à la compagnie de les rectifier en faisant parvenir, par la poste, une demande écrite. J'autorise les personnes, les institutions et les organismes énumérés ci-dessous à divulguer et à fournir à la compagnie tout renseignement, dossier ou autres données me concernant ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux, mon revenu ou mon emploi passé et actuel, mes études ou ma formation, qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité et leur demande de le faire.

Personnes ou organismes à qui la présente autorisation s'applique : tout médecin autorisé, infirmier, conseiller, psychologue, travailleur social, thérapeute, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de réadaptation ou de santé ; tout hôpital, toute clinique ou pharmacie, ou tout autre établissement médical ou fournisseur de soins de santé ou de traitements ; le régime d'assurance-maladie provincial, toute compagnie d'assurance ou de réassurance ou toute autre institution financière ; mon employeur ou mes anciens employeurs et tout ministère ou organisme fédéral ou provincial, y compris les autorités fiscales fédérales et provinciales et les bureaux du ministère du Transport provincial ; le MIB, Inc. ; ainsi que toute autre personne, agence, agence d'évaluation du crédit ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant.

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

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Ville, Province Jour Mois Année

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

# AUTORISATION

Nom de la personne à assurer \_\_\_\_\_

J'autorise la compagnie (Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs) à mener les enquêtes nécessaires et à recueillir des renseignements personnels me concernant. Il est entendu que la compagnie établira et tiendra à jour des dossiers contenant mes renseignements personnels. Il est entendu également que l'accès à mes renseignements personnels sera limité aux employés de la compagnie, et aux autres personnes embauchées par la compagnie, dans l'exercice de leurs fonctions, ou aux personnes à qui j'en aurai permis l'accès, par écrit, ou à toute autre personne autorisée par la loi. En outre, il est entendu que, sauf lorsque la compagnie peut limiter mon accès à mes renseignements personnels et qu'elle le fait légalement, je serai autorisé à examiner les copies des documents contenant lesdits renseignements personnels que la compagnie a en sa possession, sous réserve du paiement de frais de reproduction raisonnables. Il est entendu également que je serai autorisé à demander de consulter ces documents et à y signaler toute erreur, et à demander à la compagnie de les rectifier en faisant parvenir, par la poste, une demande écrite. J'autorise les personnes, les institutions et les organismes énumérés ci-dessous à divulguer et à fournir à la compagnie tout renseignement, dossier ou autres données me concernant ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux, mon revenu ou mon emploi passé et actuel, mes études ou ma formation, qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité et leur demande de le faire.

Personnes ou organismes à qui la présente autorisation s'applique : tout médecin autorisé, infirmier, conseiller, psychologue, travailleur social, thérapeute, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de réadaptation ou de santé ; tout hôpital, toute clinique ou pharmacie, ou tout autre établissement médical ou fournisseur de soins de santé ou de traitements ; le régime d'assurance-maladie provincial, toute compagnie d'assurance ou de réassurance ou toute autre institution financière ; mon employeur ou mes anciens employeurs et tout ministère ou organisme fédéral ou provincial, y compris les autorités fiscales fédérales et provinciales et les bureaux du ministère du Transport provincial ; le MIB, Inc. ; ainsi que toute autre personne, agence, agence d'évaluation du crédit ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant.

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

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Ville, Province Jour Mois Année

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



Cette page  
est laissée en blanc  
intentionnellement.

**Veillez remplir cette page, la détacher et la remettre au titulaire proposant si celui-ci a demandé de bénéficiaire de la note de couverture.**

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

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

Personne à assurer

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Ville, Province Jour Mois Année

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant

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

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

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

**Assurance :**

L'assurance vie provisoire entre en vigueur dès la signature de la proposition d'assurance vie et de la demande de note de couverture applicable à l'assurance vie (assurance vie provisoire) et la réception du paiement demandé aux termes de la note de couverture applicable à l'assurance vie.

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

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

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

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

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

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

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

**Restrictions et exclusions :**

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

Cette page  
est laissée en blanc  
intentionnellement.

## Accord de débit préautorisé (DPA)

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

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

1. a) Il autorise la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) à effectuer des prélèvements mensuels périodiques sur le compte bancaire qu'il détient à l'institution financière nommée ci-dessous, ou à toute autre institution financière qu'il pourrait désigner ultérieurement, pour acquitter les primes conformément au calendrier de paiement des primes de sa police ou de ses polices, y compris la prime initiale, et/ou la prime de la note de couverture, s'il en fait la demande dans la proposition.
- b) **RBC Vie est dispensée de lui adresser un préavis avant de prélever la prime de la note de couverture et/ou la prime initiale, ou en cas de changement du montant du prélèvement.**
- c) À moins d'indication contraire dans la section Directives spéciales ci-dessous, les prélèvements auront lieu le jour du mois auquel la prime de la police est exigible, ou si cet accord s'applique à plus d'une police, les prélèvements seront alors effectués à la date de prélèvement de la ou des polices en vigueur.
- d) L'institution financière nommée ci-dessous est par la présente autorisée à honorer à partir de maintenant les demandes de prélèvement des primes ou des frais de police présentées par RBC Vie sur le compte bancaire indiqué ci-dessous, y compris la présentation de nouveau d'une demande de prélèvement dans les 30 jours suivant la non-acceptation du prélèvement initial.
- e) Il s'engage à informer par écrit RBC Vie de tout changement aux renseignements sur le compte indiqués ci-dessous au moins cinq jours avant le prochain prélèvement prévu. Il convient qu'à l'occasion, il peut autoriser RBC Vie à effectuer ces prélèvements sur un autre compte, suivant ses instructions verbales ou écrites. Il convient qu'à l'occasion, il peut autoriser RBC Vie à effectuer ces prélèvements sur un autre compte, suivant ses instructions verbales ou écrites.
- f) Il peut, tout comme RBC Vie, mettre fin à cet accord, sous réserve d'un préavis de résiliation par écrit d'au moins 10 jours et ce, pour toutes les polices visées par l'accord. Il peut obtenir de l'information supplémentaire sur ses droits concernant la résiliation de l'accord de DPA en consultant le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse [www.cdnpay.ca](http://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](http://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<sup>er</sup> au 28 du mois) \_\_\_\_\_

### Coordonnées bancaires :

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

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

Adresse

Ville Province Code postal

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Ville, Province Jour Mois Année

\_\_\_\_\_  
Nom du payeur (titulaire du compte)

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

\_\_\_\_\_  
Signature du payeur

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



- L'enfant doit être un enfant naturel ou adoptif d'une des personnes à assurer nommées dans la proposition d'assurance vie.
Un titulaire subrogé doit être désigné dans la proposition principale (voir la section 5 de la page 2 de la proposition principale).
Les enfants doivent être âgés d'au moins 14 jours et de moins de 20 ans.
Les enfants de 16 ans ou plus, ou de 18 ans ou plus au Québec, doivent signer la proposition.
Le bénéficiaire de cette assurance est la personne à assurer ou les personnes à assurer conjointement, aux termes de la police.

Montant du capital assuré \$

Nom des enfants

Formularies for child information including fields for (a) Prénom, Second prénom, Nom de famille, Date de naissance, Âge à l'anniversaire le plus proche, Taille, Poids, and Lien avec la(les) personne(s) à assurer.

Antécédents médicaux

- 1. Une proposition d'assurance sur un enfant a-t-elle déjà été refusée, reportée ou modifiée de quelque façon que ce soit ?
2. L'un des enfants est-il atteint d'un handicap physique ou mental ou a-t-il déjà été atteint d'une maladie ou subi une blessure ayant nécessité un traitement ou une opération ?
3. L'un des enfants prend-il actuellement des médicaments ou lui a-t-on recommandé de suivre un traitement ou de passer une épreuve diagnostique sans y donner suite ?
4. Les enfants susnommés habitent-ils tous avec l'une des personnes à assurer ? Dans la négative, indiquez avec qui ils habitent et la fréquence des visites de la personne à assurer avec l'enfant.
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 :

Table with 3 columns: Enfant, N° de la question, Précisions

## Déclarations et autorisation – Avenant d'assurance temporaire pour enfants

J'atteste qu'à ma connaissance, les réponses aux questions sont exactes, complètes et véridiques et je conviens qu'elles font partie de ma proposition d'assurance vie auprès de RBC Vie.

J'autorise la compagnie (La Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs) à mener les enquêtes nécessaires et à recueillir des renseignements personnels me concernant ou concernant mon enfant (désigné dans la demande d'avenant d'assurance temporaire pour enfants jointe aux présentes). Il est entendu que la compagnie créera et maintiendra des dossiers contenant des renseignements personnels qui me concernent ou qui concernent mon enfant. Il est entendu également que l'accès à mes renseignements personnels ou à ceux de mon enfant sera limité aux employés de la compagnie et aux autres personnes embauchées par la compagnie, dans l'exercice de leurs fonctions, ou aux personnes à qui j'en aurai permis l'accès, par écrit, ou à toute autre personne autorisée par la loi.

De plus, il est entendu que, sauf lorsque la compagnie a le droit de limiter mon accès aux renseignements personnels me concernant ou concernant mon enfant, et qu'elle le fait légalement, je serai autorisé à étudier les copies des documents contenant ces renseignements personnels que la compagnie a en sa possession, sous réserve du paiement de frais de reproduction raisonnables. Il est entendu également que je serai autorisé(e) à demander de consulter ces documents et à y signaler toute erreur, et à demander à la compagnie de les rectifier en faisant parvenir, par la poste, une demande écrite.

J'autorise les personnes, les institutions et les organisations énumérées ci-dessous à divulguer et à fournir à la compagnie tout renseignement, dossier ou autre donnée me concernant ou concernant mon enfant, concernant mes antécédents ou traitements médicaux ou ceux de mon enfant, et concernant mon revenu et mes emplois passés et actuels ou ceux de mon enfant qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité, et je les charge de le faire.

Personnes à qui la présente autorisation s'applique : tout médecin autorisé, infirmier, conseiller, psychologue, travailleur social, thérapeute, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de réadaptation ou de santé ; tout hôpital, toute clinique ou pharmacie, ou tout autre établissement médical ou fournisseur de soins de santé ou de traitements ; le régime d'assurance maladie provincial, toute compagnie d'assurance ou de réassurance ou toute autre institution financière ; mon employeur actuel ou celui de mon enfant, mes anciens employeurs ou ceux de mon enfant ; tout ministère ou organisme fédéral ou provincial, y compris les autorités fiscales fédérales et provinciales et les bureaux du ministère du Transport provincial ; le MIB, Inc. ; ainsi que toute autre personne, agence, agence d'évaluation du crédit ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant ou concernant mon enfant.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçu par la compagnie en vertu de la présente autorisation, qu'il s'agisse de renseignements médicaux ou non, sera utilisé aux fins de l'évaluation du risque à assurer, de l'évaluation des demandes de règlement et de la vérification de la validité de la police.

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

L'autorisation d'obtenir des renseignements reste valide à moins que je ne la révoque par écrit.

Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, a la même valeur que l'original.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Ville, Province Jour Mois Année

\_\_\_\_\_  
Signature du parent (tuteurs au Québec)\*

\_\_\_\_\_  
Signature du parent (tuteurs au Québec)\*

\_\_\_\_\_  
Signature d'un enfant de 16 ans ou plus (ou de 18 ans ou plus au Québec)

\_\_\_\_\_  
Signature d'un enfant de 16 ans ou plus (ou de 18 ans ou plus au Québec)

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

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







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

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

La présente demande est-elle faite au nom d'une autre personne ou société que la (les) personne(s) à assurer ou le (les) titulaire(s) proposé(s) ?

Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants sur le tiers :

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aa) (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

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

Entreprise ou activité professionnelle principale \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Date de naissance (jj/mm/aa) (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_

Entreprise ou activité professionnelle principale \_\_\_\_\_

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

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

Territoire de délivrance (ville/pays) \_\_\_\_\_

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

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

Date de naissance (jj/mm/aa) (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_

Entreprise ou activité professionnelle principale \_\_\_\_\_

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

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

Territoire de délivrance (ville/pays) \_\_\_\_\_

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

Numéro d'entreprise \_\_\_\_\_

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

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

Autre (préciser) \_\_\_\_\_

**Une photocopie du document doit accompagner la proposition.**

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

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

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

Nom	Adresse	Poste

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

Nom	Poste

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

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

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

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

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

**Déclaration du représentant :**

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

Oui  Non

Dans la négative, veuillez expliquer pourquoi.

Date (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

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

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



Police numéro \_\_\_\_\_ Assuré(s) \_\_\_\_\_

### A Affectation de la prime initiale :

Options de dépôt à intérêt fixe		Options de dépôt à intérêt variable lié à un indice	
Option de dépôt à intérêt quotidien	%	Actions canadiennes (S&P/TSX 60)	%
Option de portefeuille à moyen terme à intérêt garanti	%	Titres can. serv. finan. (Ind. plaf. serv. fin. S&P/TSX)	%
Option de portefeuille à long terme à intérêt garanti	%	Titres can. de l'énergie (Ind. plaf. énergie S&P/TSX)	%
Option de dépôt à terme à intérêt garanti 1 an	%	Actions américaines (S&P 500)	%
Option de dépôt à terme à intérêt garanti 3 ans	%	Actions européennes (S&P Europe 350)	%
Option de dépôt à terme à intérêt garanti 5 ans	%		
Option de dépôt à terme à intérêt garanti 10 ans	%		
Options de fonds à intérêt variable			
Portefeuille prudence sélect RBC®	%	Fonds canadien de dividendes RBC	%
Portefeuille équilibré sélect RBC	%	Fonds nord-américain de dividendes RBC	%
Portefeuille de croissance sélect RBC	%	Fonds nord-américain de croissance RBC	%
Portefeuille croissance dynamique sélect RBC	%	Fonds actions 100 % can. O'Shaughnessy RBC	%
Fonds canadien de revenu à court terme RBC	%	Fonds d'actions américaines RBC	%
Fonds d'obligations RBC	%	Fonds de valeur américain O'Shaughnessy RBC	%
Fonds d'obligations étrangères RBC	%	Fonds sociétés amér. à moy. capitalisation RBC	%
Fonds équilibré RBC	%	Fonds mondial de croissance de dividendes RBC	%
Fonds de croissance équilibré RBC	%	Fonds d'actions internat. O'Shaughnessy RBC	%
Fonds d'actions canadiennes RBC	%		100%

### B Affectation des primes futures :

Comme l'affectation initiale sauf indication contraire

Options de dépôt à intérêt fixe		Options de dépôt à intérêt variable lié à un indice	
Option de dépôt à intérêt quotidien	%	Actions canadiennes (S&P/TSX 60)	%
Option de portefeuille à moyen terme à intérêt garanti	%	Titres can. serv. finan. (Ind. plaf. serv. fin. S&P/TSX)	%
Option de portefeuille à long terme à intérêt garanti	%	Titres can. de l'énergie (Ind. plaf. énergie S&P/TSX)	%
Option de dépôt à terme à intérêt garanti 1 an	%	Actions américaines (S&P 500)	%
Option de dépôt à terme à intérêt garanti 3 ans	%	Actions européennes (S&P Europe 350)	%
Option de dépôt à terme à intérêt garanti 5 ans	%		
Option de dépôt à terme à intérêt garanti 10 ans	%		
Options de fonds à intérêt variable			
Portefeuille prudence sélect RBC	%	Fonds canadien de dividendes RBC	%
Portefeuille équilibré sélect RBC	%	Fonds nord-américain de dividendes RBC	%
Portefeuille de croissance sélect RBC	%	Fonds nord-américain de croissance RBC	%
Portefeuille croissance dynamique sélect RBC	%	Fonds actions 100 % can. O'Shaughnessy RBC	%
Fonds canadien de revenu à court terme RBC	%	Fonds d'actions américaines RBC	%
Fonds d'obligations RBC	%	Fonds de valeur américain O'Shaughnessy RBC	%
Fonds d'obligations étrangères RBC	%	Fonds sociétés amér. à moy. capitalisation RBC	%
Fonds équilibré RBC	%	Fonds mondial de croissance de dividendes RBC	%
Fonds de croissance équilibré RBC	%	Fonds d'actions internat. O'Shaughnessy RBC	%
Fonds d'actions canadiennes RBC	%		100%

**C Autres instructions à l'intention des Affaires nouvelles**

**D En apposant ma signature ci-dessous, je comprends ce qui suit :**

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nom du titulaire de police

Date (jj/mm/aa)

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire de police

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

\_\_\_\_\_  
Nom du cotitulaire, le cas échéant

Date (jj/mm/aa)

\_\_\_\_\_  
Signature du cotitulaire

Date (jj/mm/aa)

\_\_\_\_\_  
Témoïn

# 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 (les) titulaire(s) proposé(s) ?
3. La personne à assurer est disponible pour un entretien sur les antécédents personnels par téléphone.  
Quel est le meilleur moment pour lui téléphoner ? Bureau  Maison  \_\_\_\_\_ heure locale
4. a) Étiez-vous présent au moment de remplir la proposition ? Oui  Non   
b) Quelles sont les personnes qui étaient présentes au moment de remplir la proposition ? \_\_\_\_\_
5. Antidater pour sauvegarder l'âge ? Oui  Non  (On utilise l'âge au plus proche anniversaire lors de la prise de décision par le service de tarification et non pas la date de la proposition.)  
Autre date requise (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_
6. Preuve – Les exigences suivantes ont été commandées :  
Profil sanguin  ECG/ECG effort  Rapport d'enquête  Méd. interne  Examen médical   
Dossier de conduite automobile  Examen paramédical  Urine-HIV  Autre (préciser)  \_\_\_\_\_  
Compagnie de services paramédicaux utilisée \_\_\_\_\_
7. Un ou des exposés sur les solutions d'assurance ont-ils été présentés au proposant ? Oui  Non   
Dans l'affirmative, veuillez préciser lesquels :  

001 – Rachat d'actions <input type="checkbox"/>	008 – Solution d'optimisation de l'assurance : Optimiser le rendement de votre placement <input type="checkbox"/>
002 – Acheter une temporaire et investir <input type="checkbox"/>	009 – Solution d'optimisation de l'assurance : Réduire le coût de votre assurance <input type="checkbox"/>
003 – Dons de bienfaisance <input type="checkbox"/>	010 – Rente assurée <input type="checkbox"/>
004 – Optimiser du patrimoine <input type="checkbox"/>	011 – Convention de retraite <input type="checkbox"/>
005 – Protéger du patrimoine <input type="checkbox"/>	012 – Optimisez votre revenu de retraite <input type="checkbox"/>
006 – Parage du patrimoine familial <input type="checkbox"/>	013 – Optimiseur de patrimoine FERR <input type="checkbox"/>
007 – Transfert intergénérationnel du patrimoine <input type="checkbox"/>	014 – Partage des primes <input type="checkbox"/>

**8. Déclaration du représentant :**

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

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

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

Cette page  
est laissée en blanc  
intentionnellement.

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

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.

---

### Fonctionnement du processus d'entrevue téléphonique auprès de RBC Vie

1. Votre représentant envoie à RBC Vie la proposition dûment remplie et signée.
2. Un interviewer communique par téléphone avec la personne à assurer au nom de RBC Vie pour faire la collecte des renseignements personnels et des détails sur son état de santé.
3. Au besoin, des dispositions sont prises pour fixer un rendez-vous avec une entreprise de services paramédicaux et pour faire prendre les prélèvements de fluide corporel.
4. Une fois l'entrevue téléphonique complétée et les résultats des services paramédicaux obtenus (s'il y a lieu), RBC Vie entame le processus d'évaluation de la 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"><li>▪ Votre numéro de permis de conduire</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Détails concernant les activités auxquelles vous vous livrez</li><li>▪ Détails concernant les voyages que vous avez entrepris au cours des 12 derniers mois et ceux que vous comptez entreprendre au cours des 24 prochains mois</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Traitement reçu de tout médecin ou centre hospitalier</li><li>▪ Nom, adresse et numéro de téléphone de ces médecins ou centres hospitaliers</li><li>▪ Raisons du traitement, avec les dates et résultats</li><li>▪ Le nom de tous les médicaments que vous prenez actuellement, y compris la posologie, la fréquence et la raison</li><li>▪ L'information sur les antécédents médicaux de votre famille</li></ul>



# 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.**

*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 pouvons en faire part aux sociétés RBC dans le seul but de faire respecter vos choix en vertu de la section « Autres utilisations de vos 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).