

Assurance
Offre aux étudiants en médecine
Proposition d'assurance invalidité
 présentée à la Compagnie d'assurance vie RBC



(À utiliser dans le cadre de l'Offre aux étudiants en médecine)

NOM DE LA PERSONNE À ASSURER						
Nom de famille		Prénom		Initiale du second prénom		
ADRESSE DE LA PERSONNE À ASSURER		VILLE	PROVINCE		CODE POSTAL	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		ADRESSE DE COURRIEL		
DATE DE NAISSANCE			SEXE	LANGUE DE LA POLICE		
Jour	Mois	Année	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>		
NOM COMPLET DU BÉNÉFICIAIRE POUR LA PRESTATION AU SURVIVANT			LIEN AVEC LA PERSONNE À ASSURER			
Toutes les désignations de bénéficiaire sont révocables sauf au Québec. Au Québec, si le conjoint auquel vous êtes légalement marié est désigné comme bénéficiaire, ce bénéficiaire est irrévocable à moins que ne soit cochée la case suivante <input type="checkbox"/> Révocable.						
ANNÉE D'ÉTUDE EN COURS				**Les limites applicables en début d'exercice vous sont offertes s'il vous reste moins de 3 mois jusqu'à la fin de votre résidence ou stage postdoctoral et que vous commencerez à exercer dans les 3 mois suivant la fin de votre résidence ou stage postdoctoral.		
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>			Résidence <input type="checkbox"/>
Si vous demandez les limites applicables en début d'exercice, veuillez remplir ce qui suit : Date de début d'exercice : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Médecin de famille ou <input type="checkbox"/> spécialiste (Jour, Mois, Année) Si vous êtes spécialiste, veuillez indiquer votre spécialité médicale : <input type="text"/>						
QUESTIONNAIRE					OUI	NON
1. Êtes-vous citoyen canadien ou résident permanent (immigrant reçu) ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si « non », veuillez préciser votre pays d'origine : <input type="text"/>						
2. Fréquentez-vous une université canadienne ou travaillez-vous dans un hôpital canadien ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Êtes-vous médecin ou étudiez-vous pour devenir médecin ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de cigarettes, de cigarettes électroniques, produits de vapotage, de plus d'un gros cigare par mois, de pipes à eau, de noix de bétel plus d'une fois par mois, de produits de désaccoutumance au tabac ou de nicotine ou de tabac sous toute autre forme ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Êtes-vous présentement ou avez-vous été, dans les 180 derniers jours, dans l'incapacité de travailler ou d'étudier de façon continue à temps plein (30 heures par semaine) de la façon habituelle courante, et d'accomplir toutes les tâches de votre profession ou de votre programme d'études, ou êtes-vous confiné à la maison depuis plus de cinq jours ou hospitalisé par suite d'un accident ou d'une maladie ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Au cours des trois dernières années, avez-vous reçu des soins ou des conseils médicaux pour les troubles ci-après, ou encore, ceux-ci ont-ils été diagnostiqués : dépression, trouble de l'anxiété généralisée, trouble d'adaptation, trouble de stress post-traumatique, trouble bipolaire, syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie, syndrome de douleur chronique, trouble déficitaire de l'attention ou trouble de l'alimentation ou prenez-vous à l'heure actuelle des antidépresseurs ou des anxiolytiques ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Une compagnie d'assurance vous a-t-elle déjà refusé une assurance invalidité au titre d'un régime d'assurance individuelle, collective ou d'association ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Souffrez-vous actuellement de ce qui suit : perte de la parole, surdité des deux oreilles, cécité des deux yeux ou perte de l'usage de vos deux mains, de vos deux pieds ou d'une main et d'un pied ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veuillez fournir des précisions sur vos réponses à la question 8, si vous avez répondu par l'affirmative : <input type="text"/>						

ASSURANCE DEMANDÉE				
NOM DU RÉGIME	MONTANT DE LA PRESTATION	DÉLAI DE CARENCE	PÉRIODE D'INDEMNISATION	GARANTIES
Série Professions ^{MC} Prime uniforme <input type="checkbox"/> Prime à taux progressif <input type="checkbox"/>	_____ \$	90 jours	Jusqu'à 65 ans	OBLIGATOIRE Avenant des professionnels de la santé Option d'assurance additionnelle Revenu futur (OAARF) – Unité de majoration de L'OAARF _____ \$
				FACULTATIVES Avenant indemnité de vie chère <input type="checkbox"/> Indemnité en cas d'invalidité quant à l'exercice de votre profession <input type="checkbox"/>

9. VEUILLEZ REMPLIR LE TABLEAU SUIVANT SI VOUS AVEZ UNE ASSURANCE INVALIDITÉ AU TITRE D'UN RÉGIME D'ASSURANCE INDIVIDUELLE, COLLECTIVE OU D'ASSOCIATION EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE AUTRE QUE CELLE QUE VOUS DEMANDEZ À RBC VIE. SI VOUS N'INSCRIVEZ RIEN DANS CE TABLEAU, VOUS CONFIRMEZ QUE VOUS N'AVEZ AUCUNE AUTRE ASSURANCE INVALIDITÉ EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE (AUTRE QUE CELLE DE RBC VIE).				
SOCIÉTÉ	MONTANT DE LA PRESTATION MENSUELLE	TYPE (COLLECTIVE, INDIVIDUELLE, ASSOCIATION)	IMPOSABLE ?	REMPLACEZ-VOUS CETTE ASSURANCE PAR CELLE DEMANDÉE DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE ?
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

DÉCLARATIONS ET CONSENTEMENTS (veuillez lire et signer)
<p>Il est entendu et convenu que :</p> <ol style="list-style-type: none"> Le formulaire de débit préautorisé (DPA) ainsi qu'un dépôt équivalant à une prime mensuelle pour l'assurance invalidité sont requis pour que la protection prenne effet. Si aucun dépôt n'est fourni, j'autorise la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) à prélever la prime initiale par DPA. J'ai lu les déclarations et les réponses qui précèdent. Elles sont véridiques et complètes et font partie intégrante de cette proposition et de toute police individuelle établie sur la foi de celle-ci. Aucun agent ni courtier n'est autorisé à permettre qu'une question soit laissée sans réponse, à se prononcer sur l'assurabilité d'une personne, à renoncer aux droits et exigences de la compagnie ou à établir ou modifier un contrat ou une police. RBC Vie a le droit d'annuler la présente police, advenant une fausse déclaration ou la non-divulgaration d'un renseignement essentiel à l'évaluation du risque, dans n'importe quelle partie de cette proposition. Toute police établie par suite de cette proposition entre en vigueur à la date d'établissement pourvu que : a) la police ait été remise pour délivrance au titulaire proposé ; et b) les réponses données dans cette proposition demeurent inchangées depuis la date de la proposition jusqu'à la date d'établissement; et c) la prime initiale exigée ait été payées. J'informerai immédiatement RBC Vie, par écrit, de tout changement dans les réponses fournies dans la présente proposition, se produisant entre la date de la proposition et la date de livraison de la police. Toute police établie au titre du programme ESG par suite de la présente demande d'adhésion est revêtue d'une exclusion des affections préexistantes (qui comprend une exclusion de l'assurance fondée sur mon état de santé antérieur), et le cas échéant, d'un avenant de coordination des prestations d'assurance collective/d'association et/ou d'une exclusion relative aux voyages (qui limite l'assurance en cas de voyage à l'extérieur du Canada et des États-Unis). Si l'assurance invalidité individuelle établie au titre du programme ESG fait partie d'un régime d'assurance salaire (régime d'indemnités pour perte de salaire), la police sera revêtue d'une Modification au régime d'indemnités pour perte de salaire. Il est entendu que si j'ai répondu par l'affirmative à la huitième question (question 8), je ne serai pas couvert par la garantie de présomption d'invalidité totale contenue dans la police qui m'a été établie, relativement à l'affection ou aux affections particulières en raison desquelles j'ai dû répondre par l'affirmative à la question 8. Il est entendu que si j'ai répondu par l'affirmative à la question 6, toute assurance établie comprendra une exclusion relative aux troubles psychiatriques ou affectifs, notamment la dépression, l'anxiété, le stress, l'épuisement professionnel ou la toxicomanie, le syndrome de fatigue chronique, le syndrome de douleur chronique ou la fibromyalgie. Je comprends que je peux demander la suppression de cette exclusion si je n'ai présenté aucun symptôme et si je n'ai reçu aucun conseil ni traitement lié à ma santé d'un médecin, d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un conseiller ou d'un autre professionnel de la santé depuis au moins cinq (5) ans. La suppression de cette exclusion sera subordonnée à la soumission d'une nouvelle proposition, à la présentation d'une preuve d'assurabilité et à l'approbation de RBC Vie. Il est entendu que lorsque RBC Vie déterminera le montant de la couverture d'assurance à établir, elle se fiera aux renseignements que je lui ai fournis à la section 9 à propos de toute autre assurance invalidité en vigueur ou à l'étude. Je reconnais que si je ne résilie pas l'assurance indiquée comme devant être remplacée ou si je n'ai pas indiqué toutes mes assurances actuelles (à l'exception de celle de RBC Vie), les prestations payables au titre de cette police peuvent être réduites ou ne pas être versées.

DÉCLARATIONS ET CONSENTEMENT (suite)

- 10) Le montant qu'établira réellement RBC Vie dépendra du montant maximal auquel j'ai droit, de toute autre assurance invalidité en vigueur ou à l'étude qui n'est pas remplacée ou résiliée, et des limites de souscription et de participation de RBC Vie. RBC n'est pas tenue de m'aviser expressément si le montant de la prestation que j'ai demandé est différent du montant accordé.
- 11) La responsabilité de RBC Vie n'est pas engagée dans le cas d'une demande de règlement pour un sinistre ayant débuté avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance. Sans égard au versement d'un acompte sur la prime, aucune note de couverture ou assurance provisoire n'est fournie à la personne à assurer ou au titulaire proposé.
- 12) L'acceptation de toute police d'assurance établie sur la foi de cette proposition confirmera mon acceptation de toute différence dans les modalités de l'assurance entre le libellé de la police et celui de cette proposition.
- 13) J'ai lu et compris la section intitulée « Collecte et utilisation des renseignements personnels » et j'accepte ses conditions.

SIGNATURE :

Personne à assurer :

X

Date :

_____ (jour, mois, année)

Fait à :

_____ (Ville/Province)

Renseignements sur le conseiller (réservé à l'usage de RBC Vie)

Date (jj/mm/aa)				
Signature du conseiller	X		X	
Nom du conseiller				
Nom de l'entreprise du conseiller :				
Bureau de marketing / AGD				
Part	%	Service courant Code du conseiller :	%	Code de conseiller :

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.
- 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. 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.paiements.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 ne 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.paiements.ca.

- h) Les noms et signatures de toutes les personnes dont l'autorisation est requise pour effectuer les prélèvements sur le compte sont fournis ci-dessous.
2. À ajouter au DPA déjà en vigueur de la ou des 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 _____ (ville/province) le _____ (jour) _____ (mois) _____ (année)

Nom du payeur (titulaire du compte) _____

X
Signature du payeur

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

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

PARTIE À DÉTACHER QUI DOIT ÊTRE CONSERVÉE PAR LA PERSONNE À ASSURER

Aperçu de l'assurance :

Vous pouvez obtenir un aperçu de l'assurance demandée à l'adresse <http://www.rbcassurances.com/esg> ou en communiquant avec l'administrateur de votre régime.

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 publics d'assurance maladie) 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 habilités 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 Vie.

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, y compris le téléphone, l'ordinateur ou le courrier, 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, y compris le téléphone, l'ordinateur ou le courrier, 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, pour nous poser des questions sur nos politiques 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
C.P. 515, succursale A
Mississauga (Ontario)
L5A 4M3
Téléphone : 1 800 663-0417
Télécopieur : 905 813-4816

Nos politiques en matière de confidentialité

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur nos politiques de protection des renseignements personnels en demandant un exemplaire de la publication « Prévention des fraudes financières et protection des renseignements personnels », en nous téléphonant au numéro sans frais indiqué ci-dessus ou en consultant notre site Web, à l'adresse www.rbc.com/rensperssecurite.

®/MC Marques de commerce de la Banque Royale du Canada, utilisées sous licence.