



Plan Protection Plus Assure-Toit

Demande d'indemnisation pour invalidité

Renseignements importants au sujet de la demande d'indemnisation pour invalidité

Police collective
Plan Protection Plus
numéro H28445
Police collective Assure-Toit
numéro H60101

Avant de présenter une demande, veuillez relire le certificat d'assurance pour connaître le détail de la couverture. Le certificat d'assurance est composé du livret et (ou) du guide de distribution Plan Protection Plus® ou Assure-Toit® et des addenda et avenants pertinents, de la proposition d'assurance dûment remplie ou de la lettre de confirmation de l'assurance, ainsi que de tout autre document présenté comme justification d'assurabilité (le cas échéant).

Comment demander une indemnisation pour invalidité ?

Pour demander une indemnisation pour invalidité relativement à une Marge de Crédit Royale®, un prêt personnel ou un prêt hypothécaire assuré :

- Il faut envoyer les formules Demande d'indemnisation pour invalidité et Déclaration du médecin traitant (ci-jointes) **dûment remplies** à l'assureur, la Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (Canada Vie), par l'entremise du Centre des services d'assurance. Pour communiquer avec le Centre des services d'assurance, appelez sans frais au 1 800 ROYAL 2-3 (1 800 769-2523).

IL EST IMPORTANT DE NE PAS FERMER NI REFINANCER VOTRE PRÊT PERSONNEL OU HYPOTHÉCAIRE OU DE NE PAS PORTER LA LIMITE DE VOTRE MARGE DE CRÉDIT ROYALE À PLUS DE 100 000 \$ PENDANT LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE D'INDEMNISATION, CAR CELA POURRAIT AVOIR POUR EFFET DE L'INVALIDER.

POUR ACCÉLÉRER LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT, VEUILLEZ Y INCLURE :

- le formulaire Déclaration du médecin traitant dûment rempli et signé
- le formulaire Demande de prestations d'invalidité dûment rempli et signé
- tout autre renseignement, qui d'après vous, pourrait être pertinent à votre demande de règlement

Important : Nous ne pouvons transmettre la demande de prestations à la Canada-Vie tant que nous n'avons pas reçu tous les documents requis. Veuillez à ce que les renseignements fournis soient complets pour éviter des retards inutiles dans le traitement de votre demande. Pour faciliter ce processus, vous voudrez peut-être communiquer avec votre médecin pour vous assurer qu'il nous fasse parvenir les renseignements dans les plus brefs délais. Des renseignements complémentaires pourraient s'avérer nécessaires pour traiter la demande de règlement (p. ex., dossiers médicaux, rapport d'accident, etc.) Dans un tel cas, nous vous aviserons par écrit.

Quand dois-je présenter une demande d'indemnisation pour invalidité ?

Vous devez présenter une demande d'indemnisation :

- lorsque vous êtes dans l'incapacité d'exercer les fonctions habituelles de votre emploi actuel et que vous savez que votre invalidité durera plus de 60 jours consécutifs.
- dans les 150 jours suivant le début de votre invalidité, sinon votre demande d'indemnisation peut être rejetée.

Comment serai-je informé de la décision de Canada Vie ?

Si l'assureur (Canada Vie) approuve votre demande d'indemnisation, il vous en informera par écrit. S'il rejette votre demande d'indemnisation, il vous en informera par écrit, en précisant les motifs de sa cette décision. Il enverra une autre lettre au Centre des services d'assurance pour l'informer de sa décision, sans toutefois y préciser les raisons de son refus.

Pour quelles raisons une demande d'indemnisation peut-elle être rejetée ?

Une demande d'indemnisation est rejetée dans les cas suivants :

- Vous n'avez pas fourni les renseignements demandés au départ par Canada Vie, ou encore les renseignements complémentaires requis pour évaluer et traiter adéquatement votre demande.
- L'information fournie est insuffisante pour justifier votre invalidité. Le cas échéant, Canada Vie peut vous donner l'occasion de fournir davantage d'information.
- Votre invalidité dure moins de 60 jours consécutifs.
- Vous n'aviez pas droit à l'assurance invalidité.

Veillez vous reporter au livret ou guide de distribution Assure-Toit / Plan Protection Plus pour connaître les circonstances dans lesquelles les prestations ne seront pas versées, ainsi que pour obtenir des précisions sur les affections préexistantes.

À qui incombe-t-il de garder les versements à jour ?

Il vous incombe de garder vos versements à jour sur votre prêt hypothécaire, votre prêt personnel ou votre Marge de Crédit Royale, jusqu'à ce que l'assureur ait pris une décision relativement à votre demande d'indemnisation. Les indemnités pour invalidité ne peuvent commencer qu'une fois le délai d'attente de 60 jours écoulé et la demande, approuvée par Canada Vie.

Avec qui dois-je communiquer pour obtenir des précisions ?

Le Centre des services d'assurance est chargé de la gestion des demandes d'indemnisation et du service connexe. Ses représentants sont à votre entière disposition pour répondre à vos questions sur l'assurance. Ils traitent directement avec l'assureur, Canada Vie, pour veiller à ce que votre demande soit traitée rapidement. Si vous avez des questions ou voulez savoir où en est le traitement de votre demande, appelez le Centre des services d'assurance au 1 800 ROYAL 2-3 (1 800 769-2523).

Pour assurer la confidentialité des renseignements médicaux, seule l'information relative à la gestion et au traitement de la demande est conservée au Centre des services d'assurance.



Plan Protection Plus

Assure-Toit

SRF#

Demande d'indemnisation pour invalidité

Police collective
Plan Protection Plus
numéro H28445
Police collective
Assure-Toit numéro
H60101

La Compagnie
d'assurance du Canada
sur la Vie (l'assureur) a
établi des polices
d'assurance crédit
collective pour la
Banque Royale du
Canada, y compris ses
entreprises affiliées, la
Société d'hypothèques
de la Banque Royale, la
Société Trust Royal
du Canada et la
Compagnie Trust Royal
(RBC Banque Royale).

Utilisez les deux formules suivantes pour demander l'indemnisation pour invalidité à l'égard d'une Marge de Crédit Royale®, d'un prêt personnel ou d'un prêt hypothécaire assuré.

1. **Demande d'indemnisation pour invalidité**
 - Doit être remplie par le demandeur
2. **Déclaration du médecin traitant**
 - La partie 1 doit être remplie par le demandeur.
 - La partie 2 doit être remplie par le médecin traitant.

Il incombe au demandeur d'obtenir la déclaration du médecin traitant et de régler les honoraires éventuellement facturés pour cet acte.

Veillez prendre note des points suivants avant de présenter votre demande :

- Reportez-vous à votre certificat d'assurance afin de déterminer les conditions et les restrictions applicables.

- Aucune indemnité n'est payable durant les 60 premiers jours consécutifs de l'invalidité. Si votre demande est approuvée, l'indemnisation commence à compter de la première échéance de versement suivant le 60e jour d'invalidité.
- S'il semble que votre invalidité ne se prolongera pas au-delà de 60 jours, ne présentez pas de demande. S'il est certain que votre invalidité durera plus de 60 jours, veillez à ce que les deux formules ci-jointes soient remplies et présentez-les le plus tôt possible.
- Si l'assureur a besoin de renseignements ou de documents médicaux supplémentaires pour le traitement de votre demande, vous en serez informé par écrit. Si votre demande est approuvée, nous vous informerons du montant des versements qui seront faits à la Royale en votre nom et de la date à laquelle ils prendront fin.
- Veuillez informer sans délai le Centre des services d'assurance de votre retour au travail afin qu'un dernier versement soit effectué et votre dossier, fermé.
- Il vous incombe de continuer à effectuer vos versements sur votre prêt hypothécaire, votre Marge de Crédit Royale et votre prêt personnel pendant l'examen de votre demande d'indemnisation.

Veillez envoyer les formules dûment remplies à l'adresse suivante :

Services d'assurance RBC Inc.
Centre des services d'assurance
C. P. 53, Succursale A
Mississauga (Ontario) L5A 2Y9

Si vous avez des questions, appelez sans frais le Centre des services d'assurance au **1 800 ROYAL 2-3 (1 800 769-2523)** ou envoyez-les par télécopieur au **1 800 864-6102**.

Le Centre des services d'assurance ajoutera aux présents documents des renseignements sur votre prêt hypothécaire, votre prêt personnel ou votre Marge de Crédit Royale et les enverra à l'assureur.

Renseignements généraux - Le demandeur doit remplir cette section

N° de la Carte-client

Type de prêt

 Prêt hypothécaire

N° d'unité de la succursale

 Prêt personnel

N° de téléphone de la succursale

 Marge de Crédit Royale (MCR)

Renseignements sur le demandeur - Le demandeur doit remplir cette section

Vos nom et adresse

Prénom	Initiale	Nom de famille
--------	----------	----------------

Nom de jeune fille (s'il y a lieu)

Sexe

 Homme Femme

Adresse (numéro et rue)

Ville

Province

Code postal

Date de naissance (jour/mois/année) N° de téléphone

N° de télécopie (s'il y a lieu) Courriel

Renseignements sur votre emploi le plus récent :

Profession

Travailleur autonome ?

 Oui Non

Travailleur saisonnier ?

 Oui Non

Nom de votre employeur

Date d'embauche
(jj/mm/aa)

Nom du superviseur ou de la personne-ressource

Adresse de l'employeur (numéro et rue)

Ville

Province

Code postal

N° de téléphone

poste

Veillez nous fournir une brève description de vos fonctions



Plan Protection Plus Assure-Toit

Demande d'indemnisation pour invalidité

Police collective Plan Protection
Plus numéro H28445
Police collective Assure-Toit
numéro H60101

SRF#

Renseignements sur le demandeur (suite)

Renseignements sur vos emplois les plus récents

Employeur	Durée (jj/mm/aa) Du / / au / /	Nom de la personne-ressource (superviseur)	N° de téléphone
Employeur	Durée (jj/mm/aa) Du / / au / /	Nom de la personne-ressource (superviseur)	N° de téléphone
Employeur	Durée (jj/mm/aa) Du / / au / /	Nom de la personne-ressource (superviseur)	N° de téléphone

Renseignements sur votre invalidité

Dernier jour de travail avant l'invalidité (jj/mm/aa) / /	Êtes-vous toujours invalide ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de retour au travail (jj/mm/aa) / /	Date prévue de retour au travail (jj/mm/aa) / /	Date de l'invalidité (jj/mm/aa) / /
---	---	--	---	---

Cause de l'invalidité <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie	S'il s'agit d'un accident, précisez	Date de l'accident (jj/mm/aa) / /
--	--	---

Lieu de l'accident Précisez
 Domicile Travail Autre

Comment l'accident s'est-il produit ?

Date du début de la maladie (jj/mm/aa) / /	Nature de la maladie ou de la blessure	Traitement actuel (médicaments, diète, physiothérapie)
--	---	---

Avez-vous été hospitalisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quand ? Du (jj/mm/aa) / / au (jj/mm/aa) / /	À quel hôpital ?
---	--	-------------------------

Avez-vous déjà souffert d'une affection similaire ? Si oui, veuillez préciser quand et décrire l'affection
 Oui Non

Avez-vous droit à d'autres indemnités pour invalidité ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, cochez la ou les cases appropriées <input type="checkbox"/> CSST <input type="checkbox"/> Régime de pensions du Canada ou des rentes du Québec	<input type="checkbox"/> Assurance invalidité collective <input type="checkbox"/> Autre régime d'État	<input type="checkbox"/> Assurance automobile <input type="checkbox"/> Régime privé
---	---	--	--

Médecins que vous avez consultés au cours des cinq dernières années

Nom de votre médecin de famille

Adresse (numéro, rue et ville)	N° de téléphone	N° de télécopie
---------------------------------------	------------------------	------------------------

Nom du médecin traitant (autre que le médecin de famille)

Adresse (numéro, rue et ville)	N° de téléphone	N° de télécopie
---------------------------------------	------------------------	------------------------

Nom du médecin traitant (autre que le médecin de famille)

Adresse (numéro, rue et ville)	N° de téléphone	N° de télécopie
---------------------------------------	------------------------	------------------------

Signature et autorisation

Par votre signature, vous autorisez l'assureur à se procurer des renseignements personnels, à transmettre ces renseignements et à les échanger avec les personnes morales ou physiques suivantes :

Agences de renseignements personnels, agences d'investigation, autres assureurs, médecins et établissements de soins médicaux qui détiennent des renseignements pertinents pour l'assureur ou le Centre des services d'assurance sur vous, ainsi que les prestataires de soins médicaux auxquels l'assureur a recours. Vous autorisez également le Centre des services d'assurance à se procurer et à échanger les renseignements personnels dont il a besoin pour traiter une demande d'indemnisation au titre du Plan Protection Plus ou du programme Assure-Toit.

Vous autorisez enfin les médecins, hôpitaux, cliniques, dispensaires, sanatoriums, pharmaciens, employeurs et tout autre organisme à fournir à l'assureur une copie des dossiers sur votre emploi et votre état de santé.

Une photocopie de la présente autorisation a la même validité que l'original.

Signature du demandeur _____

Date (jj/mm/aa) / /

SRF#

Veillez nous transmettre toute information que vous jugez pertinente, à l'appui de votre demande d'indemnisation (p. ex., rapport d'accident, photos, etc.)



Plan Protection Plus Assure-Toit

Déclaration du médecin traitant

Police collective Plan Protection
Plus numéro H28445
Police collective Assure-Toit
numéro H60101

SRF#

Partie 2 - Déclaration du médecin traitant

Décrivez la thérapie et la durée prévue du programme de traitement.

Date et description de l'intervention chirurgicale (s'il y a lieu) (jj/mm/aa)	Description
/ /	

Pronostic

Médecin qui vous a adressé le demandeur, le cas échéant

Spécialiste auquel vous avez adressé le demandeur, le cas échéant

Veillez décrire la gravité de l'invalidité en cochant l'une des cases suivantes

1. Le demandeur peut sortir
2. Le demandeur doit rester à la maison
3. Le demandeur est alité
4. Le demandeur est hospitalisé

Si vous avez coché la case 1 ou 2, veuillez donner plus de précisions sur l'invalidité du demandeur, en cochant l'une des cases ci-dessous

- a. Aucune limitation de la capacité fonctionnelle ; capable d'exercer une activité exigeante
- b. Légère limitation de la capacité fonctionnelle ; capable d'exercer une activité modérée
- c. Limitation modérée de la capacité fonctionnelle ; incapable d'exercer une activité légère
- d. Grave limitation de la capacité fonctionnelle ; incapable d'exercer une activité quelle qu'elle soit

Si vous avez coché la case a., b., c. ou d., expliquez pourquoi le demandeur est incapable de reprendre son travail.

Veillez nous faire part de tout renseignement supplémentaire susceptible de nous aider à évaluer la demande.

Nom et adresse du médecin traitant

Prénom

Nom de famille

Adresse (numéro, rue et ville)

N° de téléphone au bureau

() -

N° de télécopie

() -

Courriel

Spécialité

Signature du médecin

Par votre signature, vous reconnaissez que les réponses données ci-dessus sont, à votre connaissance, complètes et véridiques.

Signature du
médecin traitant

Date (jj/mm/aa)

/ /

Remettez la formule dûment remplie au demandeur ou envoyez-la à l'adresse suivante :

Services d'assurance RBC Inc.
Centre des services d'assurance
C. P. 53, succursale A
Mississauga (ONTARIO) L5A 2Y9