



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 la documentation concernant votre police d'assurance pour connaître le détail de votre couverture. La documentation est composée de la brochure Plan Protection Plus ou Assure-Toit, de la proposition d'assurance dûment remplie ou de la confirmation de proposition d'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 PENDANT LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE D'INDEMNISATION, QUI RISQUERAIT ALORS DE DEVENIR INVALIDE.

Comment puis-je m'assurer que ma demande est traitée rapidement ?

Pour assurer le traitement rapide de votre demande, veuillez fournir tous les renseignements requis et retourner promptement la Demande d'indemnisation pour invalidité au Centre des services d'assurance. Des renseignements complémentaires pourraient être requis pour traiter votre demande (p. ex., renseignements médicaux supplémentaires, rapport d'accident, etc.). Le cas échéant, vous en serez informé par écrit. Pour faciliter le processus, vous pouvez communiquer avec votre médecin pour vous assurer que ces renseignements soient transmis rapidement. L'assureur, Canada Vie, peut demander un examen médical par un médecin de son choix, ou dans un centre de réadaptation, à ses frais. **Veillez nous transmettre toute information que vous jugez pertinente, à l'appui de votre demande d'indemnisation (p. ex., rapport d'accident, photos, etc.)**

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 refusée.

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 refusée ?

Une demande d'indemnisation est refusée 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 consulter votre proposition Assure-Toit / Plan Protection Plus, ou la brochure d'information, pour connaître les conditions ou limitations de votre assurance, y compris les précisions sur les états préexistants.

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 votre 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 et ses
entreprises associées, la
Société d'hypothèques de
la Banque Royale, la
Société Trust Royal du
Canada et la Compagnie
Trust Royal (la « 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.
- Vous êtes tenu de continuer vos versements sur prêt
pendant l'examen de votre demande
d'indemnisation.

Envoyez les formules dûment remplies et une copie de votre proposition d'assurance 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** ou **1 800 769-2523**.
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

Nom du superviseur ou de la personne-ressource

(jj/mm/aa)

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 <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre | Précisez _____ | | | |

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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, veuillez préciser quand et décrire l'affection _____ | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 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"/> Assurance invalidité collective | <input type="checkbox"/> Assurance automobile | |
| <input type="checkbox"/> Régime de pensions du Canada ou des rentes du Québec | <input type="checkbox"/> Autre régime d'État | <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

Comment remplir la présente formule :

Partie 1 - Le demandeur remplit la partie 1.

Partie 2 - Le médecin traitant remplit la partie 2.

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

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

Nota : La présente formule peut également être utilisée pour présenter des renseignements complémentaires (pour le maintien de l'indemnisation pour invalidité seulement).

Partie 1 - Autorisation du demandeur

Renseignements personnels sur le demandeur

N° de la Carte-client Prénom Initiale Nom de famille

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

Adresse (numéro et rue)

Ville Province Code postal

Date de naissance (jj/mm/aa) N° de téléphone N° de télécopie (s'il y a lieu) Courriel (s'il y a lieu)

Signature du demandeur

Par sa signature, le demandeur autorise son médecin traitant à divulguer à l'assureur et au titulaire de la police toute information relative à sa demande d'indemnisation. Une photocopie de la présente autorisation a la même validité que l'original.

Signature du demandeur _____ Date (jj/mm/aa) (____ / ____ / ____)

Partie 2 - Déclaration du médecin traitant

Renseignements sur l'invalidité du demandeur

Quelle est la principale cause de l'invalidité ?

Décrivez les symptômes :

Quand ces symptômes sont-ils apparus ? (jj/mm/aa) Date de la première visite du demandeur (jj/mm/aa) Date du début de l'invalidité (jj/mm/aa) L'affection résulte-t-elle d'une blessure ou d'une maladie professionnelle ?
(____ / ____ / ____) (____ / ____ / ____) (____ / ____ / ____) Oui Non

Date de la dernière visite du demandeur (jj/mm/aa) Fréquence des visites du demandeur
(____ / ____ / ____) Hebdomadaire Mensuelle Autre, précisez _____

Y a-t-il d'autres affections ou des complications ? Oui Non Si oui, décrivez l'affection ou les complications

L'invalidité est-elle liée à une grossesse ? Oui Non Date prévue de l'accouchement (jj/mm/aa)
(____ / ____ / ____)

Le demandeur a-t-il déjà souffert d'une affection similaire ? Oui Non Si oui, précisez (p. ex., date d'apparition des symptômes, date du diagnostic, etc.)

Décrivez le traitement.



Plan Protection Plus[®] Assure-Toit[®]

Déclaration du médecin traitant (suite)

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

SRF#

Partie 2 - Déclaration du médecin traitant (suite)

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