



Plan Protection Plus® Assure-Toit®

Demande de règlement en
cas d'invalidité

Renseignements importants sur la présentation d'une demande de règlement en cas d'invalidité

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

Comment présenter une demande de règlement :

Pour présenter une demande de règlement en cas d'invalidité liée à une Marge de Crédit Royale®, à un prêt personnel ou à un prêt hypothécaire assurés, **remplissez au complet** la formule **Demande de règlement en cas d'invalidité**, faites remplir la **Déclaration de l'employeur** par votre employeur et demandez à un médecin autorisé de remplir la **Déclaration du médecin traitant** (ci-jointe). Transmettez le tout à l'assureur, la Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (Canada Vie), par l'entremise du Centre des services d'assurance.

Centre des services d'assurance
C.P. 53, succursale A
Mississauga (Ontario) L5A 2Y9

ou par télécopieur : 1 800 864-6102

Important:

- Étant donné que vous devez satisfaire un délai d'attente de 60 jours pour avoir droit aux prestations, ne présentez pas de demande de règlement avant d'être certain(e) que votre invalidité durera plus de 60 jours consécutifs.
- La demande de règlement ne sera transmise à Canada Vie que lorsque nous aurons reçu tous les documents requis. Veillez à ce que les renseignements fournis soient complets pour éviter tout retard inutile dans le traitement de votre demande. Veuillez joindre :
 - une Demande de règlement en cas d'invalidité, dûment remplie et signée ;
 - une Déclaration de l'employeur dûment remplie ;
 - une Autorisation signée - Sections 1 et 2
 - une Déclaration du médecin traitant, dûment remplie et signée
 - tout autre renseignement, qui d'après vous, pourrait être pertinent pour l'étude de votre demande de règlement
- Vous serez informé(e) par écrit si vous devez fournir des renseignements supplémentaires (par ex., dossiers médicaux, rapport d'accident, etc.).
- Canada Vie pourrait demander à votre médecin des renseignements complémentaires sur vos antécédents médicaux.
- **VOUS NE DEVEZ PAS REMBOURSER OU REFINANCER VOTRE PRÊT PERSONNEL OU HYPOTHÉCAIRE, NI AUGMENTER VOTRE MARGE DE CRÉDIT ROYALE DE PLUS DE 100 000 \$ PENDANT QUE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT EST À L'ÉTUDE, CAR CELA POURRAIT INVALIDER VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT.**
- Vous êtes responsable de maintenir en règle votre prêt personnel ou hypothécaire ou votre Marge de Crédit Royale jusqu'à ce que Canada Vie prenne une décision au sujet de votre demande de règlement. Les prestations d'invalidité sont uniquement versées après le délai de carence de 60 jours et l'approbation de la demande de règlement par Canada Vie.
- La demande de règlement doit être envoyée à l'assureur dans les 150 jours qui suivent le début de l'invalidité, sans quoi elle sera rejetée. Pour qu'une exception à cette limitation soit envisagée, vous devez nous transmettre tous les renseignements médicaux à l'appui de votre demande de règlement tardive, de la date du début de l'invalidité jusqu'à la date de présentation de la demande de règlement.

Comment serai-je informé(e) de la décision de Canada Vie ?

Si Canada Vie approuve la demande de règlement, elle vous en informera directement par écrit.

Si vous êtes client de Banque en direct de RBC Banque Royale®, vous recevrez des mises à jour automatiques sur l'état de votre demande de règlement.

Avec qui dois-je communiquer pour obtenir des précisions ?

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

Pour préserver la confidentialité des renseignements médicaux, le Centre des services d'assurance ne garde que les renseignements relatifs à l'administration et au traitement de la demande de règlement.

Pour en savoir plus sur votre couverture, notamment sur les limitations et les exclusions, consultez votre certificat d'assurance. Font partie du certificat d'assurance, le livret ou fiche de renseignements sur les assurances et sommaire du produit Plan Protection Plus® ou Assure-Toit®, les annexes et modifications s'y rapportant, la proposition d'assurance ou la lettre de confirmation de l'assurance, ainsi que tout document présenté comme preuve d'assurabilité (s'il y a lieu.)



Assure-Toit®

Demande de règlement en cas d'invalidité

Numéro de carte-client

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (l'assureur) a établi des polices d'assurance crédit collective à l'intention de la Banque Royale du Canada et de ses sociétés affiliées, à savoir la Société d'hypothèques de la Banque Royale, la Société Trust Royal du Canada et la Compagnie Trust Royal (RBC Banque Royale).

Vous devez utiliser les **trois** formules suivantes pour faire une demande de prestations d'invalidité se rapportant à une Marge de Crédit Royale®, à un prêt personnel ou à un prêt hypothécaire assurés :

- 1. Demande de règlement en cas d'invalidité**
- Doit être remplie par le demandeur.
- 2. Déclaration de l'employeur**
- Doit être remplie par votre employeur actuel
- 3. Déclaration du médecin traitant**
- La partie 1 doit être remplie par le demandeur.
- La partie 2 doit être remplie par le médecin traitant autorisé du demandeur

Il incombe au demandeur de faire remplir la Déclaration du médecin traitant et d'assumer tous frais connexes.

Veillez noter ce qui suit avant de présenter votre demande de règlement :

- Des conditions et restrictions pourraient s'appliquer à votre demande de règlement. Reportez-vous à votre certificat d'assurance.
- Aucune prestation n'est versée pendant les 60 premiers jours consécutifs d'invalidité. Si la demande de règlement est approuvée, votre première prestation est payable à la date du premier versement exigible après le 60^e jour d'invalidité.
- Si, selon toute vraisemblance, votre invalidité ne durera pas plus de 60 jours, ne présentez pas de demande de règlement. S'il est certain que votre invalidité durera plus de 60 jours, faites remplir les formules ci-jointes et soumettez-les dès que possible.
- Si l'assureur a besoin d'un complément d'information ou d'une preuve médicale pour traiter votre demande, il vous en avisera par écrit. Si l'assureur approuve votre demande, il vous informera des prestations qui seront versées en votre nom à RBC Banque Royale® et de la date jusqu'à laquelle elles seront versées.
- Dès que vous reprenez le travail, avisez le Centre des services d'assurance pour qu'il puisse verser votre dernière prestation et fermer votre dossier.
- Vous êtes responsable de maintenir en règle votre prêt hypothécaire, votre compte Marge de Crédit Royale® ou votre prêt personnel pendant que votre demande est à l'étude.

Veillez faire parvenir 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, veuillez communiquer avec notre Centre de service clientèle au numéro sans frais **1-800 ROYAL 2-3 (1 800 769-2523)** ou, par télécopieur, au **1 800 864-6102**. Si vous avez des questions liées à une Marge de Crédit Royale®, à un prêt personnel ou à un prêt hypothécaire, le Centre des services d'assurance vous aidera.

Renseignements sur le demandeur - À remplir par le demandeur

Nom du demandeur - Nom de famille		Prénom		Initiale(s)	
Nom de jeune fille (s'il y a lieu)			Date de naissance (mm/jj/aaaa)		
Adresse postale (numéro et rue)			Ville		
Province	Code postal	N° de téléphone	Numéro de téléphone cellulaire :	Adresse électronique (s'il y a lieu)	
Profession au début de l'invalidité, ou chômage		Travailleur autonome ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Type d'emploi ? <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Temporaire	
Nom de l'employeur au moment de l'invalidité		Date d'embauche jj / mm / aaaa		Dans le cas d'un emploi saisonnier, nombre de mois de travail régulier (jj/mm/aaaa) De : À :	
Adresse de l'employeur (numéro et rue)			Ville		
Province	Code postal	No de téléphone au travail	Nom du superviseur ou de la personne-ressource	Adresse électronique du superviseur ou de la personne-ressource	
Brève description de vos fonctions					

Renseignements sur vos emplois les plus récents

Employeur	Durée (jj/mm/aaaa) De: À:	Nombre d'heures travaillées par semaine	Nom du superviseur ou de la personne-ressource	N° de téléphone
Employeur	Durée (jj/mm/aaaa) De: À:	Nombre d'heures travaillées par semaine	Nom du superviseur ou de la personne-ressource	N° de téléphone



Demande de règlement en cas d'invalidité

Numéro de carte-client

Renseignements sur le demandeur (suite)					
Dernier jour de travail avant l'invalidité jj / mm / a a a a	Êtes-vous toujours invalide ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de retour au travail jj / mm / a a a a	Date prévue du retour au travail jj / mm / a a a a	Cause de l'invalidité <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie	S'il s'agit d'un accident, précisez la date jj / mm / a a a a
Dans le cas d'un accident d'automobile, joindre le rapport de police <input type="checkbox"/> Conducteur <input type="checkbox"/> Passager		Lieu de l'accident <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____			
Comment l'accident s'est-il produit/quelle est la cause de l'invalidité ?					
Quand la maladie a-t-elle commencé ? jj / mm / a a a a	Nature de la maladie ou de la blessure				
Traitement actuel (médicaments, régime alimentaire, physiothérapie, etc.)					
Avez-vous déjà été hospitalisé pour cette affection? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quand ? jj / mm / a a a a	À jj / mm / a a a a	À quel hôpital ?	No de téléphone de l'hôpital	
Avez-vous déjà eu cette affection ou une affection semblable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quand ? jj / mm / a a a a	À jj / mm / a a a a	Décrivez l'affection précédente /les affections précédentes		

Avez vous droit à d'autres prestations d'invalidité ?

Oui Non

Si oui, cochez la ou les cases appropriées

- Commission des accidents du travail
 Assurance invalidité collective au travail
 Assurance automobile
 Régime des rentes du Québec/
Régime de pensions du Canada
 Autre régime public
 Régime privé
 Autre _____

Médecins consultés au cours des cinq dernières années

Nom du médecin de famille actuel			N° de téléphone		N° de télécopieur	
Adresse du médecin de famille actuel (numéro et rue)		Ville	Province	Code postal	Adresse électronique du médecin de famille	
Nom du médecin traitant (autre que le médecin de famille)		Spécialité		Dates approximatives des consultations Du : jj / mm / a a a a Au : jj / mm / a a a a		
N° de téléphone	Adresse du médecin traitant (numéro et rue)		Ville	Province	Code postal	
Nom du médecin traitant (autre que le médecin de famille)		Spécialité		Dates approximatives des consultations Du : jj / mm / a a a a Au : jj / mm / a a a a		
N° de téléphone	Adresse du médecin traitant (numéro et rue)		Ville	Province	Code postal	



Plan Protection Plus® Assure-Toit®

Demande de règlement en cas
d'invalidité

Numéro de carte-client

Section 1 - Signature et autorisation - À remplir par demandeur

Par votre signature, vous autorisez l'assureur :

À obtenir des personnes morales ou physiques suivantes, et à transmettre à celles-ci, des renseignements vous concernant : agences de renseignements personnels, agences d'enquête, autres assureurs, médecins et établissements de soins médicaux qui détiennent des renseignements pertinents pour l'assureur. Vous autorisez aussi le Centre de services d'assurance à obtenir et à échanger les renseignements personnels dont il a besoin pour traiter une demande de règlement se rapportant à l'assurance Plan Protection Plus® ou Assure-Toit®.

Vous autorisez aussi les médecins, les hôpitaux, les cliniques, les dispensaires, les sanatoriums, les pharmaciens, les employeurs et tout autre organisme à remettre à l'assureur une copie des dossiers sur votre état de santé et votre emploi aux fins de l'évaluation et de l'administration de votre demande de règlement.

Il est entendu que Canada Vie a besoin de vos renseignements personnels pour étudier, évaluer et administrer votre demande de prestations d'invalidité. Vous reconnaissez que votre consentement autorise Canada Vie à traiter votre demande de règlement et que tout refus de donner votre consentement peut retarder la décision ou entraîner le rejet de votre demande.

La présente autorisation entre en vigueur à la date ci-dessous. Vous pouvez révoquer ce consentement en tout temps en envoyant un avis écrit à Canada Vie.

Vous reconnaissez qu'une copie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du demandeur

Date

X _____

_____ (jj/mm/aaaa)

Section 2 - Autorisation de divulgation de vos renseignements personnels - À remplir par le demandeur

Formulaire autorisant l'assureur à communiquer des renseignements personnels :

Si vous désirez autoriser quelqu'un (par exemple un membre de votre famille ou un ami) à communiquer en votre nom avec la Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (Canada Vie) et les Services d'assurance RBC Inc. à propos de votre demande de règlement, veuillez remplir ce formulaire.

La communication sera limitée aux questions liées à votre demande de règlement. Cette autorisation sera valide pendant toute la durée de la demande de règlement, à moins que vous ne la révoquiez. Une copie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

Je soussigné(e) _____ autorise Canada Vie à communiquer des renseignements personnels relatifs à ma demande de règlement à :

Nom de la personne autorisée à communiquer en votre nom	Lien avec la personne désignée
Adresse de la personne désignée	N° de téléphone
Veuillez cocher une case: <input type="checkbox"/> Sauf des renseignements médicaux <input type="checkbox"/> Y compris des renseignements médicaux Si aucune case n'est cochée, les renseignements médicaux ne seront pas communiqués par Canada Vie à la personne désignée dans l'autorisation. Services d'assurance RBC Inc. n'a pas accès aux renseignements médicaux.	
Signature de la personne assurée	Date (jour/mois/année)



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

Demande de règlement en cas
d'invalidité

Numéro de carte-client

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR - À remplir par votre employeur actuel					
Nom de l'employeur		Nom du demandeur (Nom de famille)		(Prénom)	
Adresse de l'employeur (numéro et rue)		Ville	Province	Code postal	Adresse électronique de l'employeur
Date d'embauche (jour/mois/année)		Date du dernier jour de travail (jour/mois/année)		Motif de l'arrêt de travail	
En cas de licenciement, date de l'avis donné à l'employé (jour/mois/année)		Date prévue du retour au travail (jour/mois/année)		OU Date de retour au travail (jour/mois/année)	
		Temps plein	Temps partiel	Temps plein	Temps partiel
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emploi occupé au dernier jour de travail					

Type d'emploi

<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel		Dans le cas d'un emploi saisonnier, indiquez la période d'emploi (jour/mois/année)	
Précisez le nombre d'heures de travail par semaine :		De :	À :
Dans le cas d'une demande de prestations d'invalidité, décrivez brièvement les tâches et les exigences physiques liées au poste (p. ex., temps passé debout ou assis, à se pencher, à soulever des objets, etc.). Veuillez joindre la description du poste.			
Une demande de règlement a-t-elle été présentée à la commission des accidents du travail ?			
Si oui, indiquez l'adresse du bureau. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Nom du fournisseur (autre que la commission des accidents du travail) du régime collectif d'assurance invalidité de vos employés. Veuillez indiquer le numéro de la police et le nom du responsable.		
Compagnie d'assurance	Personne-ressource	N° de téléphone

Je confirme que les renseignements ci-dessus sont exacts selon les dossiers de notre organisation.

Nom de l'agent autorisé	Titre	N° de téléphone
Adresse électronique de l'agent autorisé		
Signature de l'agent autorisé	Date (jour/mois/année)	

Veuillez remettre ce formulaire à votre employé.



**Demande de règlement en cas
d'invalidité**

Numéro de carte-client

Déclaration du médecin traitant

Instructions :

Partie 1 - Doit être remplie par le demandeur.

Partie 2 - Doit être remplie par le médecin traitant autorisé du demandeur.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec le Centre des services d'assurance au 1-800 ROYAL 2-3 ou au 1 800 769-2523.

Il incombe au demandeur de faire remplir la Déclaration du médecin traitant et de payer tous les frais connexes.

Nota : On peut également utiliser la présente formule pour présenter des renseignements complémentaires (aux fins de prolongation des prestations d'invalidité seulement).

Partie 1 - Autorisation du demandeur		
Nom du demandeur - Nom de famille	Prénom	Initiale(s)
Adresse électronique (s'il y a lieu)		Date de naissance (mm/jj/aaaa)
Adresse postale (numéro et rue)		N° de téléphone
Ville	Province	Code postal

Signature du demandeur

Par sa signature, le demandeur autorise son médecin traitant à transmettre à l'assureur et au titulaire de la police toute information relative à sa demande de règlement. Vous reconnaissez qu'une copie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du demandeur _____

Date _____

(jour/mois/année)

Partie 2 - Déclaration du médecin traitant		
Antécédents		
Date du diagnostic de l'affection invalidante (jour/mois/année)	Date à laquelle le patient est devenu invalide (jour/mois/année)	L'affection est-elle la conséquence d'une blessure ou d'une maladie professionnelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Cause inconnue
Le patient a-t-il déjà eu cette affection ou une affection semblable ? Si oui, indiquez à quel moment et décrivez l'affection : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Cause inconnue	Son état est-il chronique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Qu'est-ce qui a déclenché l'arrêt de travail ?
Depuis combien de temps suivez-vous le patient ? Durée (JJ/MMM/AAAA)		Années : Mois :

Noms et adresses d'autres médecins traitants

Nom	Spécialité			N° de téléphone
Adresse postale (numéro et rue)	Ville	Province	Code postal	Adresse électronique
Nom	Spécialité			N° de téléphone
Adresse postale (numéro et rue)	Ville	Province	Code postal	Adresse électronique

Cause de l'invalidité

Diagnostic primaire - quelle est la cause principale de l'invalidité ? (y compris toute complication)
Diagnostic secondaire (s'il y a lieu)
Y a-t-il d'autres affections ou complications qui pourraient influencer sur la durée de l'arrêt de travail ? Si oui, veuillez décrire l'affection ou la complication : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'invalidité est-elle attribuable à une grossesse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date prévue de l'accouchement (jour/mois/année)
Symptômes subjectifs
Signes objectifs (y compris les résultats de radiographies, d'ECG, d'IRM, de tomographies récentes, les données de laboratoire ou toute constatation clinique pertinente). Veuillez fournir des copies.
Le patient suit-il un traitement contre l'alcoolisme ou la toxicomanie, ou aurait-il besoin d'en suivre un ? Si oui, veuillez décrire en détail le programme de réadaptation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date et description de l'intervention chirurgicale (s'il y a lieu) (jour/mois/année) Veuillez décrire l'intervention chirurgicale :



Plan Protection Plus[®]

Assure-Toit[®]

Demande de règlement en cas d'invalidité

Numéro de carte-client

Limitations fonctionnelles actuelles

1. Décrivez les limitations fonctionnelles physiques ou psychologiques qui sont, selon vous, des obstacles majeurs à la capacité de travail du patient.	
2. Une évaluation de la capacité fonctionnelle a-t-elle été réalisée ? Si oui , indiquez le type d'évaluation :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quand (jour/mois/année)	

Traitement

Date de la première consultation sur l'affection invalidante (jj/mm/aaaa)	Date de la dernière consultation sur l'affection invalidante (jj/mm/aaaa)	Fréquence des consultations <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
Nature du traitement (chirurgie, physiothérapie et médicaments prescrits, s'il y a lieu)		
À votre connaissance, le patient adhère-t-il au traitement ? Si non , veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Progrès

Le patient Veuillez préciser : <input type="checkbox"/> s'est rétabli <input type="checkbox"/> va mieux <input type="checkbox"/> ne va pas mieux <input type="checkbox"/> a régressé

Pronostic

Actuellement, le patient est-il totalemment incapable d'exercer sa profession ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Indiquez la date à laquelle le patient sera apte à reprendre le travail, selon vous (jour/mois/année)	Indiquez la date à laquelle le patient est devenu apte au travail (jour/mois/année)	Au besoin, faites une approximation : <input type="checkbox"/> 1 - 3 mois <input type="checkbox"/> 4 - 6 mois <input type="checkbox"/> Plus de 6 mois <input type="checkbox"/> Jamais
Le patient est-il un bon candidat à la réadaptation ou à une tentative de retour au travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , indiquez la date (jour/mois/année)		
Le patient a-t-il été adressé à un autre médecin ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , indiquez la date (jour/mois/année)		

Nom du médecin	Spécialité	N° de téléphone	
Adresse postale (numéro et rue)	Ville	Province	Code postal
Remarques			

Nom et adresse du médecin traitant

Nom du médecin traitant	Spécialité	N° de téléphone	
Nom de l'établissement ou de la clinique (hôpital, centre médical, etc.)	Adresse électronique du médecin traitant		
Adresse postale (numéro et rue)	Ville	Province	Code postal

Signature du médecin

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

Signature du médecin _____

Date

(jour/mois/année)

Remettez la formule dûment remplie au demandeur,

ou faites-la parvenir par la poste à l'adresse suivante :

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