

Demande de règlement - capital-décès

Programme d'Assurance prêts aux entreprises



Police collective 52000

Directives :

1. **Remplir les parties 2 et 3** si le décès survient dans les deux années suivant la date de la proposition d'assurance ou d'une avance de fonds, ou si le décès est suite à un accident.
2. **Joindre** : l'original ou une copie certifiée du certificat de décès, ou du certificat du salon funéraire et l'original de toutes les propositions d'assurance.

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 des services d'assurance au numéro sans frais **1-800 ROYAL 2-3 (1 800 769-2523)** ou, par télécopieur, au **1 800 864-6102**.

Partie 1 - Renseignements d'ordre général

Nom de l'entreprise		Numéro de client d'entreprise		Numéro du prêt
Personne-ressource		Numéro de téléphone	Numéro téléphone cellulaire	Adresse électronique
Adresse d'entreprise		Ville	Province	Code postal
Directeur d'entreprises		Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur
Nom de famille de la personne décédée	Prénom de la personne décédée	Deuxième prénom de la personne décédée	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Numéro de client RBC
Adresse		Ville	Province	Code postal
Cause du décès		Date du décès (AAAA-MM-JJ)		Montant d'assurance vie

Partie 2 - Déclaration du médecin

Nom de la personne décédée	Date à laquelle la dernière maladie a commencé (AAAA-MM-JJ)	Date du décès (AAAA-MM-JJ)
Lieu du décès	Cause immédiate du décès	Cause contributive du décès

Le décès est-il dû à

des causes naturelles un suicide un accident un homicide

Si le décès est attribuable à des causes autres que naturelles, veuillez préciser et fournir une copie du rapport de police, d'incendie ou du coroner

Au meilleur de votre connaissance, la personne décédée avait-elle jamais fait usage de produits du tabac?

Oui Non Oui, mais a cessé le

AAAA-MM-JJ

Avez-vous traité ou conseillé la personne décédée au cours des cinq années précédant le décès ?

Si **oui**, précisez (dates, maladie/blessure) :

Oui Non

Si oui, précisez : la personne décédée avait-elle été traitée au cours des **trois** dernières années par un médecin, un professionnel de la santé ou dans un hôpital ou tout autre établissement médical ? Si **oui**, précisez

Oui Non

Date	Nom du médecin/de l'hôpital	Adresse	Détails
------	-----------------------------	---------	---------

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) Numéro de téléphone Numéro de télécopieur

Adresse Ville Province Code postal

À ma connaissance, les renseignements donnés ci-dessus sont complets et véridiques.

Signature du médecin



Name:

Date:
AAAA MM JJ

Partie 3 - Déclaration du plus proche parent

Donnez votre lien de parenté avec la personne décédée

Au meilleur de votre connaissance, la personne décédée avait-elle jamais fait usage de produits du tabac ?

À quelle date, pour la première fois, la personne décédée s'était-elle plainte de sa dernière maladie ou avait-elle consulté un médecin à ce sujet ? (AAAA-MM-JJ)

AAAA-MM-JJ

Oui Non Oui, mais a cessé le

Noms et adresses des médecins traitants de la personne décédée et des hôpitaux où la personne décédée avait été traitée au cours des **trois** années précédant le décès.

Nom (en caractères d'imprimerie)	Adresse	Date (AAAA-MM-JJ)	État pathologique
----------------------------------	---------	-------------------	-------------------

Je déclare qu'à ma connaissance, les réponses aux questions de cette déclaration sont complètes et véridiques.

J'autorise la Compagnie d'assurance vie RBC, l'administrateur ou les administrateurs du régime, leurs conseillers et fournisseurs de services, à recueillir, à utiliser et à communiquer les renseignements nécessaires aux fins de la tarification, de l'administration et de l'évaluation des demandes de règlement


présentées au titre de cette assurance relativement à _____ (la personne assurée au titre de l'assurance vie). J'autorise les sociétés ou organisations publiques ou privées, les organismes d'application de la loi, les services d'incendie ou agents d'enquête sur les incendies, les ministères fédéraux ou provinciaux, les professionnels de santé, les établissements de soins ou d'assistance sociale, les compagnies d'assurance et le Bureau de renseignements médicaux possédant des renseignements au sujet de la personne décédée, en particulier des renseignements d'ordre médical, à transmettre ces renseignements ou déclarations à la Compagnie d'assurance vie RBC ou à ses fournisseurs de services et agents autorisés. Je consens par la présente à ce que ces renseignements soient transmis à la Compagnie d'assurance vie RBC, ou à ses fournisseurs de services et agents autorisés, et à d'autres sources comme cela peut s'avérer nécessaire pour évaluer cette demande de règlement ou la validité de la police telle qu'elle a été établie.

Je comprends que cette demande de règlement peut faire l'objet d'un examen et d'une enquête.

Je reconnais que si je refuse de fournir cette autorisation, la Compagnie d'assurance vie RBC sera dans l'impossibilité de statuer sur cette demande de règlement ou d'évaluer la validité de la police telle qu'elle a été établie.

Une photocopie de l'autorisation signée pour l'obtention de ces renseignements est légalement valide au même titre que l'original. La présente autorisation reste valide tant qu'elle n'est pas révoquée au moyen d'un avis adressé par écrit à la Compagnie d'assurance vie RBC.


Signature du plus proche parent



Nom :

Date:
AAAA MM JJ

Signature du témoin



Name:

Date:
AAAA MM JJ