



Police collective Plan
Protection Plus®
n° H.28544
Police collective
Assure-Toit® n° H.60200

Plan Protection Plus® Assure-Toit®

Demande de règlement en cas de
maladie grave

FORMULE É 300209 (06/2020)
Page 1 de 6

Renseignements importants au sujet de la présentation d'une demande de règlement en cas de maladie grave

Comment présenter une demande de règlement :

Pour présenter une demande de règlement en cas de maladie grave liée à un compte Marge de Crédit Royale®, à un prêt personnel ou à un prêt hypothécaire assurés, **remplissez au complet la Demande de règlement en cas de maladie grave**, demandez à un médecin autorisé de remplir la **Déclaration du médecin traitant** (ci-jointe), puis 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, **ou** par télécopieur : 1 800 864-6102
Mississauga (Ontario) L5A 2Y9

Le Centre des services d'assurance fera ensuite parvenir votre demande à Canada Vie, l'assureur.

Important:

- La demande de règlement ne sera transmise à Canada Vie que lorsque nous aurons reçu tous les documents requis. Veuillez 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 de maladie grave, dûment remplie et signée
 - une Autorisation dûment 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
- Veuillez noter que Canada Vie pourrait demander d'autres renseignements à votre médecin ou avoir besoin de renseignements supplémentaires de nature autre que médicale afin de traiter votre demande. Vous serez avisé par écrit dans les deux cas.
- **SI VOUS REMBOURSEZ OU REFINANCEZ VOTRE PRÊT PERSONNEL OU VOTRE PRÊT HYPOTHÉCAIRE, OU SI VOUS FAITES PASSER LA LIMITE DE VOTRE MARGE DE CRÉDIT ROYALE À PLUS DE 100 000 \$ PENDANT QUE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT EST EN COURS DE TRAITEMENT, IL SE PEUT QU'AUUCUNE PRESTATION NE VOUS SOIT VERSÉE. VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE CENTRE DES SERVICES D'ASSURANCE AU 1-800 ROYAL 2-3 (1 800 769-2523) SI VOUS AVEZ BESOIN D'AUTRES RENSEIGNEMENTS.**
- Vous êtes responsable de maintenir en règle votre prêt hypothécaire, votre prêt personnel ou votre compte Marge de Crédit Royale® jusqu'à ce que votre demande de règlement soit approuvée par Canada Vie.
- Les demandes de règlement en cas de maladie grave doivent parvenir à l'assureur dans un délai de 180 jours suivant la date du diagnostic de maladie grave, sinon la demande peut être rejetée.

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

Si Canada Vie approuve la demande de règlement, elle en informera le Centre des services d'assurance, qui vous en informera par écrit. Si la demande de règlement est refusée, Canada Vie vous en informera par écrit, en précisant les motifs de sa décision. Canada Vie enverra une lettre au Centre des services d'assurance pour l'informer de sa décision, sans toutefois y préciser les raisons de son refus.

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 chargé de l'administration 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, veuillez vous reporter à votre certificat d'assurance pour obtenir les détails de votre protection. 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.)



Numéro de carte-client

Demande de règlement en cas de maladie grave

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 ces **deux** formules pour faire une demande de prestation de maladie grave se rapportant à une Marge de Crédit Royale[®], à un prêt personnel ou à un prêt hypothécaire assurés :

1. **Demande de règlement en cas de maladie grave**
 - À remplir par le demandeur ou un représentant autorisé
2. **Déclaration du médecin traitant**
 - La partie 1 doit être remplie par le demandeur ou un représentant autorisé.
 - La partie 2 doit être remplie par le médecin traitant autorisé du demandeur.

Il incombe au demandeur ou au représentant autorisé 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.
- 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.
- 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 le 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**

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

Renseignements sur le demandeur d'une prestation de maladie grave - Le demandeur ou un représentant autorisé doit remplir cette section

Nom du demandeur - Nom de famille		Prénom		Initiale(s)
Nom de jeune fille (<i>s'il y a lieu</i>)			Date de naissance (<i>JJ/MM/AAAA</i>) / /	
Adresse postale (<i>numéro et nom de rue</i>)			Ville	
Province	Code Postal	N° de téléphone	Adresse électronique (<i>s'il y a lieu</i>)	

Médecins consultés au cours des cinq dernières années

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



Numéro de carte-client

Demande de règlement en cas de maladie grave

Section 1 - Signature et autorisation

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 des 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 règlement en cas de maladie grave. 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 au moyen d'un avis écrit à Canada Vie.

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

Signature du demandeur ou du représentant autorisé

Date

X _____

_____ jour/mois/année

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) 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	Relation avec la personne désignée
Adresse de la personne désignée	N° de téléphone
<p>Veuillez cocher l'option de votre choix :</p> <p><input type="checkbox"/> Sauf des renseignements médicaux <input type="checkbox"/> Y compris des renseignements médicaux</p> <p>** Si aucune case n'est cochée, les renseignements médicaux ne seront pas communiqués par Canada Vie à la personne désignée dans l'autorisation.</p>	
Signature du demandeur ou de la personne assurée	Date (jour/mois/année)



Numéro de carte-client

Demande de règlement en cas de maladie grave

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 ou au représentant autorisé de faire remplir la Déclaration du médecin traitant et de payer tous les frais connexes.

Partie 1 - Autorisation du demandeur ou du représentant autorisé				
Nom du demandeur - Nom de famille		Prénom		Initiale(s)
Adresse électronique (s'il y a lieu)			Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / /	
Adresse (numéro et rue)		Ville	Province	Code Postal
N° de téléphone	Numéro de téléphone cellulaire :		Numéro de téléphone au travail :	

Signature du demandeur ou du représentant autorisé

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 ou _____
du représentant autorisé

Date _____
jour/mois/année

Partie 2 - Déclaration du médecin traitant

Renseignements sur le patient					
Nom de famille		Prénom		Initiale(s)	Date de naissance (jour/mois/année)
Diagnostic					
Date des premiers symptômes (jour/mois/année)			Date exacte du premier diagnostic (jour/mois/année)		
Est-ce que le patient a déjà présenté le même problème de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si oui, veuillez préciser (p. ex. date des premiers symptômes, date du diagnostic, durée, etc. jour/mm/aaaa)					
Le patient a-t-il été hospitalisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, précisez la durée de l'hospitalisation (jour/mois/aaaa) De : À :			
Nom de l'hôpital		N° de téléphone de l'hôpital		N° de télécopieur de l'hôpital	
Adresse de l'hôpital (numéro et rue)		Ville	Province	Code postal	

Nous avons besoin d'une copie de tous les rapports de consultation au dossier et des rapports d'admission et de congé de l'hôpital en lien avec la cause de la demande de règlement. Pour les problèmes de santé suivants, veuillez joindre notamment les documents suivants :

Crise cardiaque : Les résultats de l'ECG effectué le jour de l'événement et les résultats des analyses de laboratoire corroborant le diagnostic, y compris l'ancien et le nouveau taux des enzymes cardiaques.

AVC : Les preuves diagnostiques appuyant le diagnostic d'AVC et les déficits diagnostiques actuels qui sont présents depuis plus de 30 jours.

Cancer : Les preuves diagnostiques confirmant la croissance et la prolifération incontrôlée d'un néoplasme malin, y compris les rapports de biopsie/pathologie initial et final.

Veuillez ajouter (ou joindre) tout renseignement qui nous aiderait à évaluer cette demande de règlement :



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

Demande de règlement en cas de
maladie grave

Numéro de carte-client

Nom et adresse du médecin traitant

Médecin traitant - Nom de famille		Prénom	Spécialité	
Nom de l'établissement ou de la clinique (<i>hôpital, centre médical</i>)				
Adresse postale (<i>numéro et rue</i>)			Ville	
Province	Code postal	N° de téléphone au travail		N° de télécopieur
Adresse électronique				

Noms et adresses d'autres médecins traitants

Nom de famille, prénom		Spécialité		
Adresse postale (<i>numéro et rue</i>)		Ville	Province	Code postal
N° de téléphone	N° de télécopieur		Adresse électronique	
Nom de famille, prénom		Spécialité		
Adresse postale (<i>numéro et rue</i>)		Ville	Province	Code postal
N° de téléphone	N° de télécopieur		Adresse électronique	

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



Plan Protection Plus® Assure-Toit®

Demande de règlement en cas de maladie grave

Police collective Plan
Protection Plus®
numéro H.28544
Police collective Assure-Toit®
numéro H.60200

Autorisation de divulgation de vos 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) 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 :

(Personne désignée qui est autorisée à communiquer en votre nom)

Veillez cocher l'option de votre choix :

- sauf des renseignements médicaux
- y compris des renseignements médicaux

Si aucune case n'est cochée, les renseignements médicaux ne seront pas divulgués à la personne désignée dans l'autorisation.

Signature

Date