



Plan Protection Plus® Assure-Toit®

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

Police collective Plan Protection
Plus® numéro G28444
Police collective Assure-Toit®
numéro G60100

Demande de règlement en cas de décès

Comment présenter une demande de règlement :

Pour présenter une demande de règlement en cas de décès pour une Marge de Crédit Royale®, un prêt personnel ou un prêt hypothécaire assurés :

1. **Remplissez en entier** la Demande de règlement en cas de décès ci-jointe et faites-la parvenir 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

2. **Si le décès est survenu dans les 24 mois suivant la date de prise d'effet de l'assurance**, le médecin traitant de la personne décédée au moment du décès doit remplir la formule ci-jointe Déclaration du médecin traitant. Si le décès est survenu plus de 24 mois après la date de prise d'effet de l'assurance, Canada Vie vous fera savoir si le médecin doit remplir la formule Déclaration du médecin traitant.

Important :

- 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 Déclaration du médecin traitant, dûment remplie et signée, s'il y a lieu (voir ci-dessus)
 - une Demande de règlement en cas de décès, dûment remplie et signée
 - une preuve de décès
 - 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.).

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.

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).



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

Demande de règlement en cas de décès

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 deux formules suivantes pour faire une demande de règlement en cas de décès 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 décès

- **À remplir par le représentant autorisé de la personne décédée**

- La preuve de décès doit être appuyée par un acte de décès ou un certificat délivré par le salon funéraire. En l'absence de ces documents, l'assureur acceptera la Déclaration du médecin traitant.
- Dans tous les cas, la **cause du décès** doit être indiquée.

2. Déclaration du médecin traitant

- **Doit être remplie par le médecin qui était au chevet de la personne décédée au moment de son décès :**

- a) si la personne décédée était titulaire d'une Marge de Crédit Royale[®], d'un prêt personnel ou d'un prêt hypothécaire assurés, et le décès est survenu dans les 24 mois suivant la date de prise d'effet de l'assurance, ou
- b) sur demande de l'assureur, si le décès est survenu plus de 24 mois suivant la date de prise d'effet de l'assurance ;
- c) s'il n'est pas possible d'obtenir un acte de décès ou un certificat de décès du salon funéraire.

Il incombe au représentant autorisé du client assuré de faire remplir la Déclaration du médecin traitant et de payer tous les frais connexes.

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**.
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 la personne décédée - À remplir par le représentant autorisé de la personne décédée

Nom de la personne décédée - Nom de famille		Prénom		Initiale(s)	
Nom de jeune fille (<i>s'il y a lieu</i>)		Adresse postale (<i>numéro et rue</i>)		Ville	Province Code postal
Date de naissance (<i>mm/jj/aaaa</i>)	Date du décès (<i>jj/mm/aaaa</i>)	Cause du décès :		Dans le cas d'un accident d'automobile, joignez le rapport de police <input type="checkbox"/> Conducteur <input type="checkbox"/> Passager	
Nom du médecin de famille		N° de téléphone		N° de télécopieur	
Adresse du médecin de famille (<i>numéro et rue</i>)		Ville			
Province	Code postal	Adresse électronique (<i>s'il y a lieu</i>)			



Plan Protection Plus® Assure-Toit®

Demande de règlement en cas de décès Numéro de carte-client

Renseignements sur le représentant autorisé - À remplir par le représentant autorisé de la personne décédée			
Nom du demandeur - Nom de famille		Prénom	
		Initiale(s)	
Lien avec la personne décédée		Adresse électronique (s'il y a lieu)	
Adresse électronique (s'il y a lieu)		Ville	Province
		Code postal	
Numéro de téléphone à domicile :		N° de téléphone au travail	Numéro de téléphone cellulaire :
Êtes-vous client de RBC®? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, veuillez fournir le numéro de la carte-client. 4519 _____	Dans l'affirmative, désirez-vous recevoir des mises à jour sur la demande de règlement par l'entremise de Banque en direct ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quelle preuve de décès fournissez-vous ?	<input type="checkbox"/> Certificat de décès provincial traitant ci-joint (original ou copie notariée)	<input type="checkbox"/> Certificat du salon funéraire ci-joint (original ou copie notariée)	<input type="checkbox"/> Certificat du médecin Déclaration (page 4)

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 concernant la personne assurée décédée : agences de renseignements personnels, agences d'enquête, autres assureurs, médecins et établissements de soins médicaux qui détiennent des renseignements pertinents à propos de l'assuré décédé et les personnes qui fournissent des services médicaux 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 l'état de santé et l'emploi de l'assuré décédé aux fins de l'évaluation et de l'administration de cette demande de règlement.

Il est entendu que Canada Vie a besoin des renseignements personnels de la personne décédée pour étudier, évaluer et administrer cette demande de règlement en cas de décès. Vous reconnaissez que votre consentement autorise Canada Vie à traiter cette demande de règlement et que tout refus de donner votre consentement peut retarder la décision ou entraîner le rejet de cette 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 représentant autorisé

Date

X _____

_____ *jour/mois/année*



Demande de règlement en cas de décès

Numéro de carte-client

Déclaration du médecin traitant

Doit être remplie par le médecin traitant de la personne décédée au moment de son décès. 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 représentant autorisé de faire remplir la Déclaration du médecin traitant et de payer tous les frais connexes.

Renseignements sur la personne décédée - À remplir par le médecin traitant		
Nom de la personne décédée - Nom de famille	Prénom	Initiale(s)
Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Date du décès (jj/mm/aaaa)	

Renseignements sur la cause du décès :

Homicide Suicide S'il s'agit d'un accident d'automobile
 Conducteur
 Causes naturelles Accident Passager

Lieu du décès (ville)	Si le décès est attribuable à un accident, indiquez la date de l'accident (jj/mm/aaaa)	Date du diagnostic de l'affection (jj/mm/aaaa)
-----------------------	--	--

Maladie ou trouble ayant causé directement le décès	Depuis combien de temps la personne décédée souffrait-elle de cette maladie ou affection ?
---	--

Antécédents	Y a-t-il eu une enquête ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-------------	---

Avez-vous soigné ou conseillé la personne décédée au cours des cinq dernières années ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez la nature de la maladie ou de la blessure
--	--

La personne décédée a-t-elle reçu des traitements d'un autre professionnel de la santé, ou a-t-elle été hospitalisée dans un hôpital ou un établissement au cours des cinq dernières années ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez la nature de la maladie ou de la blessure
---	--

Nom du professionnel de la santé ou du médecin de famille	Adresse du professionnel de la santé ou du médecin de famille
---	---

Nom de l'hôpital	Adresse de l'hôpital
------------------	----------------------

Nom de famille du médecin traitant	Prénom du médecin traitant	Initiale(s)
------------------------------------	----------------------------	-------------

Adresse postale (numéro et rue)	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

Remettez la formule dûment remplie au représentant autorisé, 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

jour / mois / année