



Veillez répondre à toutes les questions applicables ; tout changement apporté ultérieurement à une réponse doit être paraphé par l'employé. Une fois rempli, le formulaire doit être daté et signé pour qu'il soit accepté.

IMPORTANT :

L'employé doit être résident permanent du Canada et avoir la citoyenneté canadienne ou avoir le statut de résident permanent ; il doit être un employé admissible du titulaire de la police et être en service actif, au sens de la police d'assurance collective, à la date de la signature du présent formulaire de preuve d'assurabilité.

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR (*l'administrateur du régime autorisé doit remplir cette section*)

MOTIF DE PRÉSENTATION D'UNE PREUVE D'ASSURABILITÉ PAR L'EMPLOYÉ :

- Nouvel employé – Admissible à un montant supérieur à la limite sans preuve d'assurabilité Assurance vie facultative
- Ajout d'une personne à charge Demande tardive
- Employé actuel – Admissible à une augmentation au-delà de la limite sans preuve d'assurabilité
- Autre : _____

Nom de l'entreprise : _____ Numéro de Police collective : _____

Adresse postale du siège social : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

N° de téléphone de l'entreprise : (____) _____ Personnel autorisé : _____

Type de facturation : Facturation géré par l'assureur Facturation autogéré

Tiers administrateur – Nom du tiers administrateur : _____

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (*doit être remplie par l'employé*)

Langue de préférence : Anglais Français

Nom légal complet : Prénom : _____ Initiale : _____ Nom de famille : _____

Date de naissance (doit avoir de 18 à 64 ans pour être admissible) : _____ Sexe : M F
(jour/mois/année)

Adresse domiciliaire de l'employé : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

Date d'embauche : _____ Profession : _____ Rémunération annuelle : _____ \$
(jour/mois/année)

Nom et adresse du médecin personnel : _____

Conjoint à charge admissible

Nom légal complet : Prénom : _____ Initiale : _____ Nom de famille : _____

Date de naissance (doit avoir de 18 à 64 ans pour être admissible) : _____ Sexe : M F
(jour/mois/année)

Nom et adresse de votre médecin de famille (s'il est différent de celui de l'employé) : _____

Compagnie d'assurance vie RBC
6880 Financial Drive, édifice 1, 8^e étage
Mississauga (Ontario) L5N 7Y5

Enfant(s) à charge admissible(s)				
Prénom (indiquer également le nom de famille s'il est différent de celui de l'employé)	Sexe	Date de naissance (jour/mois/année)	Taille (indiquer en cm ou en pi/po)	Poids (indiquer en kg ou en lb)

SECTION 3 : COUVERTURE (Cocher toutes les cases pertinentes)

Employé

- Vie de base :
Montant demandé : _____ \$
- Vie facultative :
Montant demandé : _____ \$
- Maladie complémentaire
- Soins dentaires
- Invalidité de courte durée :
Montant demandé : _____ \$
- Invalidité de longue durée :
Montant demandé : _____ \$

Personne à charge

- Vie de base des personnes à charge :
Montant demandé pour : Conjoint : _____ \$ Enfant : _____ \$
- Vie facultative :
Montant demandé pour : Conjoint : _____ \$ Enfant : _____ \$
- Maladie complémentaire
- Soins dentaires

SECTION 4 : QUESTIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE MODE DE VIE

L'employé ou le conjoint concerné doit répondre à **TOUTES LES QUESTIONS**. Pour toute réponse affirmative (« oui ») aux questions suivantes, veuillez encercler l'affection concernée et fournir des précisions dans l'espace prévu à cette fin à la page 4, en prenant soin d'indiquer les dates, la durée, le traitement, les résultats et le nom des médecins traitants.

		Employé	Conjoint (s'il y a lieu)
1	Vous a-t-on déjà dit que vous souffriez des problèmes de santé suivants, ou avez-vous déjà eu des signes que vous en étiez atteint ou reçu des traitements ou des conseils pour ces problèmes de santé :		
a	tension artérielle anormale, douleur thoracique, crise cardiaque, phlébite ou tout autre trouble ou affection cardiaque ou vasculaire ? En cas de tension artérielle anormale, veuillez remplir ce qui suit : Date du premier signalement de la tension artérielle : _____ Traitement : <input type="checkbox"/> Régime alimentaire <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Autre Durée du traitement ? _____ Traitement toujours en cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous passé des examens spéciaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez préciser le nom des examens, les dates et les résultats : _____ _____ Avez-vous des résultats récents ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez fournir les résultats : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b	troubles gastro-intestinaux, ulcère, jaunisse, diarrhée chronique, troubles ou affection de la vésicule biliaire ou du foie, hépatite ou autre trouble ou affection de l'estomac, des intestins ou du rectum ? Dans l'affirmative, remplir ce qui suit : <input type="checkbox"/> Ulcère <input type="checkbox"/> Autre : _____ Date de la première crise : _____ Nombre de crises : _____ Traitement : <input type="checkbox"/> Médicaments – indiquer le nom : _____ <input type="checkbox"/> Chirurgie – indiquer la date : _____ Resentez-vous actuellement des symptômes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Suivez-vous actuellement un traitement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

		Employé	Conjoint (s'il y a lieu)	
	c	Asthme, bronchite, emphysème, tuberculose ou autre trouble ou affection respiratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	d	Urines anormales, maladie transmissible sexuellement ou trouble ou affection des reins, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	e	Douleurs dorsales ou cervicales, coup de fouet cervical ou tout autre trouble ou affection, blessure ou difformité de la colonne vertébrale ? Si vous répondez par oui à cette question, veuillez remplir le « Questionnaire sur les problèmes dorsaux et cervicaux » à la page 5.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	f	Arthrite, amputation ou trouble ou affection de la hanche, du genou ou des autres articulations, os ou muscles, notamment la fibrosite ou la fibromyalgie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	g	Épilepsie, paralysie, accident vasculaire cérébral, céphalées récurrentes ou tout autre trouble ou affection du cerveau ou du système nerveux ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	h	Troubles nerveux, anxiété, dépression ou toute maladie liée au stress ? Dans l'affirmative, veuillez remplir le « Questionnaire sur les troubles nerveux » à la page 7.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	i	Diabète, trouble de la thyroïde ou autre trouble des glandes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	j	Cancer, kyste, tumeur ou affection de la peau ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	k	Anémie, leucémie ou tout autre trouble ou affection du sang ou des ganglions ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	l	Affection ou trouble des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2		Avez-vous déjà eu des signes que vous étiez atteint d'un des problèmes de santé suivants, vous a-t-on déjà dit que vous en étiez atteint ou avez-vous déjà reçu un traitement ou des conseils pour ces problèmes de santé : SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), para-SIDA (syndrome apparenté au SIDA), ou toute autre maladie du système immunitaire, ou avez-vous déjà eu des résultats positifs à un test sanguin de dépistage des anticorps du VIH (virus d'immunodéficience acquise) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	a	Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous consulté ou été examiné par un médecin ou autre professionnel de la santé, avez-vous reçu des conseils, un traitement ou des médicaments, ou avez-vous été hospitalisé pour toute affection ou tout trouble non énumérés à la question numéro 1 de la page 2 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	b	Vous a-t-on déjà conseillé de subir des examens ou des tests, de suivre un traitement ou de consulter un spécialiste, sans que ces recommandations n'aient encore été suivies ou avez-vous tout autre symptôme, malaise ou trouble de santé pour lesquels vous n'avez pas encore tenté de vous faire soigner ou consulté un professionnel de la santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	c	Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous souffert d'une affection ou subi une blessure ayant entraîné un arrêt de travail de dix (10) jours consécutifs ou plus ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	d	Recevez-vous des conseils médicaux, suivez-vous des traitements ou prenez-vous des médicaments à l'heure actuelle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	e	Veuillez préciser la date et la raison de la dernière consultation d'un médecin. _____ _____		
4		Participez-vous actuellement à des activités dangereuses, notamment la course automobile, le deltaplane, l'alpinisme, le pilotage d'avion ou la plongée sous-marine à plus de 50 pieds de profondeur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5		Taille et poids : Taille actuelle de l'employé : _____ <input type="checkbox"/> (pi/po) <input type="checkbox"/> cm Poids actuel de l'employé : _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg En cas de variation de poids de plus de 15 lb (7 kg) au cours des 12 derniers mois, précisez le nombre de kg ou lb gagnés ou perdus et la raison : _____ _____ Taille actuelle du conjoint : _____ <input type="checkbox"/> (pi/po) <input type="checkbox"/> cm Poids actuel du conjoint : _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg En cas de variation de poids de plus de 15 lb (7 kg) au cours des 12 derniers mois, précisez le nombre de kg ou lb gagnés ou perdus et la raison : _____ _____		
6		La question suivante s'adresse aux femmes, employées ou conjointes (le cas échéant) :		
	a	Avez-vous déjà fait une fausse couche, été atteinte de toxémie prééclampsique, de toxémie, subi une césarienne ou eu d'autres complications de grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	b	Êtes-vous enceinte ? Dans l'affirmative, précisez la date prévue de l'accouchement.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

		Employé	Conjoint (s'il y a lieu)
7	a	Vous êtes-vous déjà fait refuser une assurance vie, invalidité, maladie ou toute autre forme d'assurance individuelle ou collective, ou une telle assurance a-t-elle fait l'objet d'une surprime, été reportée, résiliée ou modifiée de quelque manière que ce soit ? Dans l'affirmative, préciser la ou les dates, la ou les raisons et le nom de la ou des compagnies d'assurance.	
	b	Avez-vous déjà reçu des prestations, des indemnités ou une rente en raison d'une maladie ou d'une blessure ?	
8	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fait usage de produits narcotiques ou du tabac, de marijuana ou de hachisch, de produits de désaccoutumance au tabac, de substitut du tabac tel que des noix ou des feuilles de bétel, du supari, du paan, du shisha ou du gutka ? Dans l'affirmative, préciser sous quelle forme et à quelle fréquence.		
9	Vous a-t-on conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou avez-vous déjà été traité pour une consommation excessive d'alcool ?		
10	Y a-t-il dans votre famille des antécédents de maladie familiale ou héréditaire, notamment de trouble cardiaque ou rénale, d'accident vasculaire cérébral, de diabète, de cancer, de sclérose en plaques, de maladie d'Alzheimer, de maladie d'Huntington ou de maladie du motoneurone ?		
11	<p>Cette question s'adresse aux employés qui demandent l'assurance des personnes à charge : L'un de vos enfants à charge admissibles a-t-il suivi un traitement pour l'une des affections suivantes ou eu des signes qu'il pouvait en être atteint : trouble cardiaque, hypertension, cancer ou tumeurs, problèmes rénaux, maladie ou trouble de l'estomac, problèmes de dos, troubles mentaux ou nerveux, problèmes de respiration, SIDA, alcoolisme ou toxicomanie, ou tout autre trouble ou affection d'ordre physique ou mental ?</p> <p>Nom de l'enfant, affection, date et traitement suivi :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>Réponse de l'employé</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

Détails aux réponses affirmatives			
Numéro de la question	Détails	Date (jj/mm/aaaa)	Nom et adresse du médecin traitant

Questionnaire sur les problèmes dorsaux et cervicaux

Si vous avez répondu par oui à la question 1 e, veuillez remplir ce questionnaire.

1	<p>Avez-vous déjà ressenti une douleur ou un malaise au niveau du dos ou du cou ou tout autre symptôme connexe ou avez-vous eu des signes de tout trouble ou maladie se rapportant au dos ou au cou ou avez-vous été traité pour une telle affection ?</p> <p>Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous.</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	<p>Précisez la région concernée : <input type="checkbox"/> Cou (cervical) <input type="checkbox"/> Partie supérieure/intermédiaire (thoracique) <input type="checkbox"/> Partie inférieure (lombaire – à la taille ou sous la taille)</p> <p>Si plus d'une région est concernée, veuillez remplir un questionnaire distinct pour chaque région.</p>	
<p>Les renseignements suivants concernent</p> <p><input type="checkbox"/> le cou (cervical) <input type="checkbox"/> la partie supérieure/intermédiaire (thoracique) <input type="checkbox"/> la partie inférieure (lombaire – sous le niveau de la taille)</p>		
3	<p>a Combien d'épisodes de douleur ou de malaise ou de symptômes connexes avez-vous eus au niveau du dos ou du cou ?</p> <p>b Date du premier épisode :</p> <p>c Décrire les symptômes du premier épisode :</p> <p>d Durée des symptômes du premier épisode :</p> <p>e Diagnostic définitif :</p> <p>f Date du dernier épisode :</p> <p>g Décrire les symptômes du dernier épisode :</p> <p>h Durée des symptômes du dernier épisode :</p> <p>i Diagnostic définitif du dernier épisode :</p> <p>j Quelle a été la durée la plus longue des symptômes parmi tous les épisodes ?</p>	
4	<p>Avez-vous déjà ressenti un engourdissement, un fourmillement ou un rayonnement de la douleur dans d'autres parties du corps ? Dans l'affirmative, indiquer les dates et régions concernées :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	<p>a Vous a-t-on fait passer des tests diagnostiques ? Dans l'affirmative, préciser le type, la date et les résultats :</p> <p><input type="checkbox"/> Radiographies <input type="checkbox"/> Tomodensitogramme <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> Scintigramme osseux <input type="checkbox"/> Autre (préciser)</p> <p>b Des tests ou des examens ont-ils été recommandés ? Dans l'affirmative, préciser la nature des tests ou examens, ainsi que la date prévue :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	<p>a Avez-vous déjà eu des injections épidurales de stéroïdes ou suivi des traitements dans une clinique antidouleur ? Dans l'affirmative, indiquer les dates de consultation, ainsi que les nom et adresse des médecins et des établissements de soins de santé :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<p>b Avez-vous déjà été traité par un chiropraticien ? Dans l'affirmative, préciser :</p> <p>1. Dates, fréquence et durée du traitement : _____</p> <p>2. Date de la dernière consultation chiropratique : _____</p> <p>3. Nom et adresse des chiropraticiens : _____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(page suivante)

Questionnaire sur les problèmes dorsaux et cervicaux

c	<p>Avez-vous déjà suivi des séances de physiothérapie ou autre traitement pour cette affection ? Dans l'affirmative, indiquer les types, les dates et la durée des traitements, ainsi que les nom et adresse du ou des prestataires :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	<p>Vous a-t-on déjà prescrit des médicaments pour une affection ou des symptômes liés au dos ou au cou ? Dans l'affirmative, indiquer le nom des médicaments et les dates auxquelles ils ont été prescrits :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	<p>Avez-vous déjà été hospitalisé en raison d'une affection ou de symptômes liés au dos ou au cou ? Dans l'affirmative, indiquer les dates, la durée d'hospitalisation, les raisons, les nom et adresse des hôpitaux :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	<p>Vous a-t-on dit que vous aurez peut-être besoin de subir une chirurgie prochainement ? Dans l'affirmative :</p> <p>a) Préciser le type de chirurgie : _____</p> <p>b) Une date a-t-elle été fixée pour la chirurgie ? Dans l'affirmative, indiquer la date : _____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10	<p>Avez-vous déjà été en arrêt de travail en raison de symptômes se rapportant au dos ou au cou ? Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer les dates et la durée de l'arrêt de travail : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11	<p>Vos tâches professionnelles ou vos activités quotidiennes ont-elles déjà été restreintes ou modifiées en raison de cette affection ? Dans l'affirmative, décrire les restrictions, modifications ou limitations : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12	<p>Vos symptômes persistent-ils ? Dans l'affirmative, décrire les symptômes : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Dans la négative, depuis quand ne ressentez-vous plus aucun symptôme lié au dos ou au cou ? _____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13	<p>Veuillez indiquer le nom et l'adresse au complet de tous les médecins, professionnels de la santé, hôpitaux ou établissements de soins non cités que vous avez consultés pour cette affection, et donner la date des consultations :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Questionnaire sur les troubles nerveux

Si vous avez répondu par oui à la question 1 h, veuillez remplir ce questionnaire.

<p>1</p>	<p>Veuillez préciser ou décrire tous vos symptômes actuels et passés, antécédents ou diagnostics de (cocher les cases appropriées) :</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stress</td> <td><input type="checkbox"/> Fatigue, épuisement</td> <td><input type="checkbox"/> Consultation conjugale/familiale</td> <td><input type="checkbox"/> Trouble bipolaire</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anxiété</td> <td><input type="checkbox"/> Fatigue chronique</td> <td><input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention</td> <td><input type="checkbox"/> Pensées ou tentatives suicidaires</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dépression</td> <td><input type="checkbox"/> Dépression majeure</td> <td><input type="checkbox"/> Problèmes de concentration</td> <td><input type="checkbox"/> Psychose/hallucinations</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Épuisement professionnel</td> <td><input type="checkbox"/> Crise(s) de panique</td> <td><input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire</td> <td><input type="checkbox"/> Problèmes de gestion de la colère</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Insomnie</td> <td><input type="checkbox"/> Boulimie</td> <td><input type="checkbox"/> Agoraphobie</td> <td><input type="checkbox"/> Troubles affectifs saisonniers</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dysthymie</td> <td><input type="checkbox"/> Anorexie mentale</td> <td><input type="checkbox"/> Stress post-traumatique</td> <td><input type="checkbox"/> Trouble d'anxiété généralisée</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Phobie(s)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Consultation pour (préciser) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____</p>	<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Fatigue, épuisement	<input type="checkbox"/> Consultation conjugale/familiale	<input type="checkbox"/> Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Fatigue chronique	<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention	<input type="checkbox"/> Pensées ou tentatives suicidaires	<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Dépression majeure	<input type="checkbox"/> Problèmes de concentration	<input type="checkbox"/> Psychose/hallucinations	<input type="checkbox"/> Épuisement professionnel	<input type="checkbox"/> Crise(s) de panique	<input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/> Problèmes de gestion de la colère	<input type="checkbox"/> Insomnie	<input type="checkbox"/> Boulimie	<input type="checkbox"/> Agoraphobie	<input type="checkbox"/> Troubles affectifs saisonniers	<input type="checkbox"/> Dysthymie	<input type="checkbox"/> Anorexie mentale	<input type="checkbox"/> Stress post-traumatique	<input type="checkbox"/> Trouble d'anxiété généralisée	<input type="checkbox"/> Phobie(s)			
<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Fatigue, épuisement	<input type="checkbox"/> Consultation conjugale/familiale	<input type="checkbox"/> Trouble bipolaire																										
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Fatigue chronique	<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention	<input type="checkbox"/> Pensées ou tentatives suicidaires																										
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Dépression majeure	<input type="checkbox"/> Problèmes de concentration	<input type="checkbox"/> Psychose/hallucinations																										
<input type="checkbox"/> Épuisement professionnel	<input type="checkbox"/> Crise(s) de panique	<input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/> Problèmes de gestion de la colère																										
<input type="checkbox"/> Insomnie	<input type="checkbox"/> Boulimie	<input type="checkbox"/> Agoraphobie	<input type="checkbox"/> Troubles affectifs saisonniers																										
<input type="checkbox"/> Dysthymie	<input type="checkbox"/> Anorexie mentale	<input type="checkbox"/> Stress post-traumatique	<input type="checkbox"/> Trouble d'anxiété généralisée																										
<input type="checkbox"/> Phobie(s)																													
<p>2</p>	<p>Avez-vous éprouvé des symptômes au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dans l'affirmative, décrire tous les symptômes : _____</p> <p>_____</p> <p>Dans la négative, depuis combien de temps n'éprouvez plus aucun symptôme ? _____</p>																												
<p>3</p>	<p>a) Date du début des premiers symptômes : _____</p> <p>b) Cause(s) des symptômes : _____</p> <p>_____</p> <p>c) Combien d'épisodes séparés ou de rechutes avez-vous eus ? _____</p> <p>d) Quelle fut la durée de chaque épisode ou rechute ? _____</p> <p>_____</p>																												
<p>4</p>	<p>Votre médecin vous a-t-il fourni un diagnostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer la date du diagnostic : _____</p> <p>_____</p>																												
<p>5</p>	<p>Avez-vous pris des médicaments, avec ou sans ordonnance, ou avez-vous été traité au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dans l'affirmative, veuillez inclure le nom de tous les médicaments, préciser les traitements et indiquer la date à laquelle ils ont été prescrits ou recommandés pour la première fois : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																												
<p>6</p>	<p>Quels autres médicaments ou traitements vous a-t-on prescrits dans le passé ? Veuillez fournir le nom des médicaments prescrits, la date de leur prescription, les détails sur les traitements, la date à laquelle ils ont été recommandés pour la première fois, ainsi que la date à laquelle ces médicaments ou traitements ont été arrêtés et pour quelle raison : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																												
<p>7</p>	<p>Avez-vous été adressé à un psychiatre ou à un psychologue pour cette affection ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dans l'affirmative, veuillez fournir les noms et adresse au complet des psychiatres ou psychologues consultés, la date de la première consultation, la fréquence des consultations de suivi et la date de la dernière consultation : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																												
<p>8</p>	<p>Vous êtes-vous déjà présenté à l'urgence ou été hospitalisé pour cette affection ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates, les raisons, les nom et adresse des hôpitaux : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																												

Questionnaire sur les troubles nerveux

9	Avez-vous déjà eu des pensées suicidaires ou fait une tentative de suicide ? Dans l'affirmative , veuillez fournir les dates et les détails : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10	Avez-vous déjà été en arrêt de travail en raison de cette affection ? Dans l'affirmative , veuillez préciser et indiquer les dates et la durée de l'arrêt de travail : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11	Vos tâches professionnelles ou vos activités quotidiennes ont-elles déjà été restreintes ou modifiées en raison de cette affection ? Dans l'affirmative , décrire les restrictions, modifications ou limitations : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12	À part ceux déjà susmentionnés, veuillez indiquer les nom et adresse au complet de tous les médecins, psychiatres, psychologues, conseillers, prestataires de soins de santé mentale, autres professionnels, hôpitaux ou établissements de soins de santé consultés pour cette affection, ainsi que les détails sur les consultations et la durée du traitement : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

SECTION 5 : DÉCLARATION

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Je déclare par la présente que les réponses et déclarations fournies sur ce formulaire de preuve d'assurabilité sont, pour autant que je sache, complètes et véridiques, en date d'aujourd'hui et que toute fausse déclaration ou omission de renseignements pourraient entraîner l'annulation de mon assurance. Je comprends que ces réponses et déclarations sont essentielles à l'appréciation du risque et qu'elles font partie de la demande d'assurance et des informations prises en considération pour la couverture demandée. Je comprends aussi que si l'assurance demandée entre en vigueur, elle sera assujettie aux modalités de la police collective.

Signature de l'employé : _____ Date : _____

DÉCLARATION DU CONJOINT (s'il y a lieu)

Je déclare par la présente que les réponses et déclarations fournies sur ce formulaire de preuve d'assurabilité sont, pour autant que je sache, complètes et véridiques, en date d'aujourd'hui et que toute fausse déclaration ou omission de renseignements pourraient entraîner l'annulation de mon assurance. Je comprends que ces réponses et déclarations sont essentielles à l'appréciation du risque et qu'elles font partie de la demande d'assurance et des informations prises en considération pour la couverture demandée. Je comprends aussi que si l'assurance demandée entre en vigueur, elle sera assujettie aux modalités de la police collective.

Signature du conjoint de l'employé : _____ Date : _____

SECTION 6 : AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS

J'autorise la Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs (ci-après appelés collectivement « RBC Vie ») à recueillir des renseignements personnels me concernant et, au besoin, à communiquer à des tiers que je cherche à obtenir une assurance auprès d'elle.

J'autorise les personnes, les institutions et les organisations énumérées ci-dessous à divulguer et à fournir à RBC Vie tout renseignement, dossier ou autre donnée me concernant ou concernant mes traitements ou antécédents médicaux, mes emplois et revenus actuels et passés, qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité, et je leur donne instruction de le faire.

Personnes ou organismes à qui la présente autorisation s'applique : tout médecin, infirmier et infirmière, conseiller, psychologue, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de la réadaptation ou de la santé ; tout hôpital, toute clinique ou pharmacie, ou autre établissement médical ou prestataire de soins de santé ou de traitements ; le régime provincial d'assurance-maladie, toute compagnie d'assurance ou autre institution financière, ou courtier d'assurance ou administrateur ; mon employeur actuel ou mes anciens employeurs et tout mandataire exécutant pour eux des services liés aux avantages sociaux ; tout ministère ou organisme fédéral ou provincial, y compris la CAT/CSST et les autorités chargées de l'impôt fédéral et provincial sur le revenu, ainsi que toute autre personne, organisme ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant, ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux, ou mes emplois et revenus actuels et passés.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçus par RBC Vie en vertu de la présente autorisation sera utilisé pour établir mon admissibilité à la couverture au titre de l'assurance collective offerte par mon employeur (évaluation du risque), pour administrer la ou les polices d'assurance collective offertes par mon employeur ou pour évaluer mon droit à indemnisation.

J'autorise RBC Vie à divulguer lesdits renseignements, dossiers et données reçus, dans la mesure raisonnablement nécessaire aux fins visées, à d'autres compagnies d'assurance ou à tout réassureur, à mon employeur, ou à ses courtiers ou conseillers en assurance, ou aux administrateurs de son régime, ou à toute autre personne ou entreprise employés ou engagés par RBC Vie.

Si cette demande d'assurance est remplie au nom des personnes à ma charge, j'ai l'autorisation de divulguer les renseignements les concernant aux fins d'évaluation du risque à assurer, de l'administration du régime, l'évaluation du droit à indemnisation. J'atteste que RBC Vie est autorisée à me divulguer les renseignements concernant cette demande d'assurance, aux fins d'évaluation de la présente demande d'assurance et d'administration de mon régime d'avantages sociaux.

Une photocopie de cette autorisation est valide au même titre que l'original et demeure valide pendant toute la durée de ma couverture au titre de l'assurance collective offerte par mon employeur.

Signature de l'employé : _____ Date : _____

Signature du conjoint de l'employé : _____ Date : _____
(si elle ou il demande l'assurance)

SECTION 6 : AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS

J'autorise la Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs (ci-après appelés collectivement « RBC Vie ») à recueillir des renseignements personnels me concernant et, au besoin, à communiquer à des tiers que je cherche à obtenir une assurance auprès d'elle.

J'autorise les personnes, les institutions et les organisations énumérées ci-dessous à divulguer et à fournir à RBC Vie tout renseignement, dossier ou autre donnée me concernant ou concernant mes traitements ou antécédents médicaux, mes emplois et revenus actuels et passés, qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité, et je leur donne instruction de le faire.

Personnes ou organismes à qui la présente autorisation s'applique : tout médecin, infirmier et infirmière, conseiller, psychologue, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de la réadaptation ou de la santé ; tout hôpital, toute clinique ou pharmacie, ou autre établissement médical ou prestataire de soins de santé ou de traitements ; le régime provincial d'assurance-maladie, toute compagnie d'assurance ou autre institution financière, ou courtier d'assurance ou administrateur ; mon employeur actuel ou mes anciens employeurs et tout mandataire exécutant pour eux des services liés aux avantages sociaux ; tout ministère ou organisme fédéral ou provincial, y compris la CAT/CSST et les autorités chargées de l'impôt fédéral et provincial sur le revenu, ainsi que toute autre personne, organisme ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant, ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux, ou mes emplois et revenus actuels et passés.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçus par RBC Vie en vertu de la présente autorisation sera utilisé pour établir mon admissibilité à la couverture au titre de l'assurance collective offerte par mon employeur (évaluation du risque), pour administrer la ou les polices d'assurance collective offertes par mon employeur ou pour évaluer mon droit à indemnisation.

J'autorise RBC Vie à divulguer lesdits renseignements, dossiers et données reçus, dans la mesure raisonnablement nécessaire aux fins visées, à d'autres compagnies d'assurance ou à tout réassureur, à mon employeur, ou à ses courtiers ou conseillers en assurance, ou aux administrateurs de son régime, ou à toute autre personne ou entreprise employés ou engagés par RBC Vie.

Si cette demande d'assurance est remplie au nom des personnes à ma charge, j'ai l'autorisation de divulguer les renseignements les concernant aux fins d'évaluation du risque à assurer, de l'administration du régime, l'évaluation du droit à indemnisation. J'atteste que RBC Vie est autorisée à me divulguer les renseignements concernant cette demande d'assurance, aux fins d'évaluation de la présente demande d'assurance et d'administration de mon régime d'avantages sociaux.

Une photocopie de cette autorisation est valide au même titre que l'original et demeure valide pendant toute la durée de ma couverture au titre de l'assurance collective offerte par mon employeur.

Signature de l'employé : _____ **Date :** _____

Signature du conjoint de l'employé : _____ **Date :** _____
(si elle ou il demande l'assurance)

COLLECTE ET UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Collecte de vos renseignements personnels

Nous (la Compagnie d'assurance vie RBC) pouvons, à l'occasion, recueillir des renseignements au sujet de l'employeur et des employés (collectivement, « les clients »), tels que :

- des renseignements permettant d'établir l'identité (par exemple, nom, adresse postale, numéro de téléphone, date de naissance, etc.) et les antécédents personnels ;
- des renseignements découlant de la relation avec nous ;
- des renseignements communiqués au cours du processus de souscription et de règlement pour n'importe lequel des produits ou services d'assurance ; et
- des renseignements nécessaires à la fourniture de produits ou à la prestation de services d'assurance.

Nous pouvons recueillir ces renseignements auprès de l'employeur ou de l'employé, directement ou par l'intermédiaire de représentants. Nous pouvons recueillir et vérifier ces renseignements tout au long de notre relation. Nous pouvons les recueillir de diverses sources, notamment des hôpitaux, des médecins et autres professionnels de la santé, du MIB, Inc., du gouvernement (incluant les régimes publics d'assurance maladie) et d'autres organismes gouvernementaux, d'autres compagnies d'assurance, institutions financières et des rapports sur le dossier du conducteur. Les renseignements sur la santé ne seront pas communiqués à l'employeur sans le consentement de l'employé.

Utilisation des renseignements personnels

Ces renseignements peuvent être utilisés à l'occasion aux fins suivantes :

- vérifier l'identité et examiner les antécédents personnels de l'employeur et de l'employé ;
- établir et renouveler les produits et services d'assurance qui peuvent être demandés ;
- évaluer le risque d'assurance et traiter les demandes de règlement ;
- mieux comprendre la situation de nos clients sur le plan de l'assurance ;
- déterminer l'admissibilité aux produits et services de RBC Assurances® ;
- nous aider à mieux comprendre les besoins actuels et futurs de nos clients ;
- communiquer à nos clients tout avantage, toute caractéristique et toute information au sujet des produits et services d'assurance de RBC® qui sont détenus chez nous ;
- nous aider à mieux gérer nos affaires et notre relation avec nos clients ; et
- comme la loi l'exige ou le permet.

À ces fins, nous pouvons rendre ces renseignements accessibles à nos employés, mandataires, prestataires de services, ou tierces parties qui sont tenus d'en assurer la confidentialité. Si vous êtes couvert par une assurance obtenue au titre d'une police assurance collective de votre employeur, nous pouvons également transmettre ces renseignements à ce dernier, dans les cas où ils s'avèrent nécessaires pour les services que nous vous procurons. Les renseignements sur votre santé ne seront pas communiqués à votre employeur sans votre consentement.

Si notre prestataire de services se trouve à l'extérieur du Canada, il est lié par les lois du territoire où il est situé, et les renseignements peuvent être divulgués conformément à ces lois. Les tierces parties peuvent être d'autres compagnies d'assurance, le MIB, Inc. et des institutions financières.

Nous pouvons aussi utiliser ces renseignements et les communiquer aux sociétés de RBC i) pour gérer nos risques et nos activités, ainsi que ceux d'autres sociétés de RBC, et ii) pour nous conformer aux demandes d'information valables vous concernant en provenance de responsables de la réglementation, d'organismes gouvernementaux, d'organismes publics ou d'autres entités habilitées à soumettre de telles demandes.

Si nous connaissons le numéro d'assurance sociale d'un client, nous pouvons l'utiliser à des fins d'information fiscale et le communiquer aux organismes gouvernementaux compétents.

Droits d'accès aux renseignements personnels

Nos clients peuvent, en tout temps, accéder aux renseignements personnels que nous détenons à leur sujet, en vérifier l'exactitude et les faire rectifier au besoin. Ce droit d'accès peut toutefois être restreint comme la loi le permet ou l'exige. Pour accéder à ces renseignements ou pour nous poser des questions au sujet de nos politiques de protection des renseignements personnels, l'employé peut communiquer avec nous en tout temps à l'adresse suivante :

Compagnie d'assurance vie RBC
C.P. 515, succursale A
Mississauga (Ontario)
L5A 4M3
Téléphone : 1 800 663-0417
Télécopieur : 905 813-4816

Nos politiques en matière de confidentialité

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur nos politiques de protection des renseignements personnels en demandant un exemplaire de la publication « Prévention des fraudes financières et protection des renseignements personnels », en nous téléphonant au numéro sans frais indiqué ci-dessus ou en consultant notre site Web, à l'adresse www.rbc.com/rencsperssecurite.