

# PROPOSITION D'ASSURANCE TEMPORAIRE INDIVIDUELLE



## Liste de vérification à l'intention du conseiller

Veillez joindre à cette proposition tout ce qui figure ci-dessous :

- Le paiement de la prime initiale est soumis avec la proposition (s'il y a lieu).
- L'information bancaire pour les paiements par débits préautorisés (DPA) a été fournie (s'il y a lieu).
- Les renseignements fournis dans la proposition correspondent à ceux de l'illustration.
- Les réponses à la série de questions d'appréciation des risques appropriée ont été données – consulter la section « **Renseignements importants à lire avant de remplir cette proposition** » au verso de la page couverture.
- Le titulaire proposé de la police et toute personne à assurer ont reçu la page « **Renseignements importants à l'intention du consommateur** » (section 12).
- Si le titulaire proposé a demandé une assurance provisoire, il a reçu la « **Convention d'assurance provisoire** » (section 13).

Les polices sont établies par :

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie

Veillez envoyer la copie de l'Empire Vie dûment signée à :

Empire Vie  
259, rue King Est  
Kingston ON K7L 3A8

[www.empire.ca](http://www.empire.ca)

## Renseignements importants à lire avant de remplir cette proposition

Dans cette proposition, « titulaire » s'entend de la personne qui détiendra le contrat d'assurance, si celui-ci est établi et qu'il prend effet après le traitement de la proposition; « assuré » s'entend de la personne à assurer en vertu de la protection d'assurance; et « Empire Vie » et « nous » s'entendent de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. De plus, les mots employés au masculin s'entendent également du féminin et ceux employés au singulier du pluriel, selon que le contexte l'exige.

Le titulaire et l'assuré sont responsables de l'intégralité et de l'exactitude des renseignements de la proposition et de tout autre questionnaire ou formulaire lié à cette proposition.

### **Le titulaire et l'assuré doivent rencontrer le conseiller en personne pour remplir cette proposition.**

Veillez écrire lisiblement avec un crayon à l'encre noire, de préférence. N'utilisez pas de marqueurs ni de crayons à mine. Assurez-vous de cocher clairement les cases. N'utilisez pas de guillemets de répétition.

Si vous faites une erreur, rayez-la et apposez-y vos initiales, puis apportez la correction. N'effacez pas et n'utilisez pas de liquide correcteur.

Apposez vos initiales à côté de tout ajout effectué après avoir signé la proposition. La proposition constitue un document juridique, qui fait partie intégrante du contrat d'assurance.

## NOTES IMPORTANTES POUR LE CONSEILLER

**S'il s'agit d'une vente à distance, veuillez utiliser la Proposition d'assurance temporaire dans le cadre d'une vente à distance.**

Utilisez la Proposition d'assurance vie et maladies graves (D-0082) si plus d'un titulaire ou assuré est proposé.

Cette proposition s'applique uniquement pour la Série Solution et l'avenant Protection MG de l'Empire Vie.

Remplissez le formulaire C-0044 intitulé « Supplément – Société/Autre entité titulaire » (voir les sections 1.10 et 1.11 de cette proposition) si le titulaire de la police sera l'une des entités suivantes :

- société de personnes;
- société par actions;
- organisme sans but lucratif;
- autre type de société/entité;
- fiducie.

Afin de recueillir les renseignements personnels et médicaux d'un assuré, vous pouvez demander une entrevue téléphonique sur les antécédents personnels à la section 1.3 ou répondre à l'une des TROIS séries de questions de la section 6 :

- **Adulte – Série de questions courte**
- **Adulte – Série de questions complète**
- **Enfants – Série de questions**

Veillez lire les instructions dans le haut de chaque série de questions afin de vous assurer de répondre aux bonnes questions.

# 1. RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

Cette proposition est liée à la proposition numéro \_\_\_\_\_

<b>1.1 Langue</b>	Si la langue n'est pas précisée, nous communiquerons avec vous dans la langue de cette proposition. <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais		
<b>1.2 Objectif de l'assurance</b>	<input type="radio"/> Remplacement du revenu <input type="radio"/> Préservation du patrimoine <input type="radio"/> Derniers frais <input type="radio"/> Personne clé <input type="radio"/> Prêt hypothécaire <input type="radio"/> Garantie sur un prêt commercial <input type="radio"/> Convention d'achat-vente <input type="radio"/> Autre _____		
<b>1.3 Entrevue téléphonique sur les antécédents personnels</b>	<p><b>Il est possible de demander une entrevue téléphonique sur les antécédents personnels plutôt que de répondre aux questions de la section 6 de la proposition. L'assuré doit toutefois être âgé de 75 ans et moins. Veuillez vous référer au tableau des exigences d'appréciation des risques relatives à l'âge et au montant (formulaire E-0083).</b></p> <input type="radio"/> Veuillez demander une entrevue téléphonique sur les antécédents personnels – Langue de l'entrevue : <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais Numéro de téléphone : _____ Meilleur moment pour appeler : _____		
<b>1.4 Proposition d'essai</b>	<input type="radio"/> <b>Oui</b> – veuillez ne pas demander d'exigences sur l'âge/le montant ni d'exigences médicales. Aucune exigence médicale ne doit être demandée si le client est âgé de 76 ans et plus, a été refusé ou s'est vu attribuer une surprime.		
<b>1.5 Remplacement</b>	La protection remplace-t-elle une protection d'assurance en vigueur? <input type="radio"/> <b>Oui</b> – remplissez le formulaire provincial de remplacement. Si vous remplacez une protection de l'Empire Vie, veuillez spécifier le numéro de police. _____		
<b>1.6 Transformation</b>	Si la police en vigueur possède une valeur de rachat, veuillez remplir le formulaire C-0056 (Demande de transactions financières liées à des polices vie, invalidité et santé). Veuillez remplir cette section si cette police découle d'une transformation partielle ou complète d'une police en vigueur de l'Empire Vie.		
	Police de l'Empire Vie n°	Montant à transformer	
		\$	
	<input type="radio"/> Transformation partielle <input type="radio"/> Transformation complète	<b>Solde à :</b> <input type="radio"/> annuler <input type="radio"/> conserver	
	Pour les transformations qui comprennent une exonération des primes : L'assuré est-il actuellement invalide en raison d'une maladie ou d'une blessure? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
<b>1.7 Assuré</b>	Prénom	Initiale	Nom de famille
* Requis uniquement si l'assuré est le titulaire et qu'il demande une Solution 100.	Adresse (numéro, rue)		
** L'adresse de courriel ne sera utilisée pour vous joindre que dans le cadre de cette proposition et de toute police établie basée sur cette proposition, à moins que vous n'autorisiez d'autres communications.	Ville	Province	Code postal
*** Si la personne est retraitée, indiquez l'emploi précédent. S'il s'agit d'un travailleur autonome, veuillez préciser la nature de l'entreprise. Si la personne est sans emploi, veuillez en spécifier la raison.	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	N° d'assurance sociale (NAS)*
	État civil		Pays natal
	N° de téléphone de préférence – <input type="radio"/> cellulaire <input type="radio"/> résidentiel Numéro :		Adresse de courriel**
	Nom de l'employeur		
	Emploi (titre du poste et description des tâches)***		
<b>1.8 Catégorie d'usage de tabac</b>	<b>Assuré</b>	<b>Titulaire</b> (À remplir seulement si le titulaire demande une exonération des primes)	
Pour les assurés dont l'âge tarifé est de moins de 18 ans, les taux pour les enfants s'appliqueront.	<input type="radio"/> fumeur <input type="radio"/> non-fumeur	<input type="radio"/> fumeur <input type="radio"/> non-fumeur	
	Un fumeur est une personne qui a, dans les 12 derniers mois, fumé plus de 12 gros cigares ou fait usage de tout autre produit du tabac, incluant la cigarette, la cigarette électronique, le cigarillo, la pipe, le tabac à chiquer, les timbres ou la gomme à la nicotine ou les noix de bétel.		
<b>1.9 Statut</b>		<b>Assuré</b>	<b>Titulaire</b>
Si vous répondez « oui » à la question A, ne répondez pas aux questions C et D.	<b>A) Êtes-vous citoyen canadien?</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	<b>B) Êtes-vous résident canadien aux fins de l'impôt sur le revenu canadien?</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	<b>C) Possédez-vous le statut de résident permanent? Si « non », veuillez fournir des détails à la section 3.</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	<b>D) Si vous êtes résident permanent ou possédez un autre statut, depuis combien d'années vivez-vous au Canada?</b>		

# 1. RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE (SUITE)

## 1.10 Titulaire

S'il y a plus d'un titulaire, il faut utiliser la *Proposition d'assurance vie et maladies graves* (D-0082).

\* Requis uniquement si vous demandez une Solution 100.

\*\* L'adresse de courriel ne sera utilisée pour vous joindre que dans le cadre de cette proposition et de toute police établie basée sur cette proposition, à moins que vous n'autorisiez d'autres communications.

\*\*\* Si la personne est retraitée, indiquez l'emploi précédent. S'il s'agit d'un travailleur autonome, veuillez préciser la nature de l'entreprise. Si la personne est sans emploi, veuillez en spécifier la raison.

**Veillez remplir seulement si l'assuré n'est pas le titulaire.**

Si le titulaire est une société ou une autre entité, veuillez remplir le formulaire C-0044.

Prénom		Initiale	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	
Adresse (numéro, rue)				
Ville		Province	Code postal	
<input type="radio"/> Homme	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	NAS*	Lien avec l'assuré	
<input type="radio"/> Femme				
N° de téléphone de préférence – <input type="radio"/> cellulaire <input type="radio"/> résidentiel		Adresse de courriel**		
Numéro :				
Nom de l'employeur				
Emploi (titre du poste et description des tâches)***				

## 1.11 Titulaire subsidiaire/subrogé (au Québec)

**Ne pas remplir si le titulaire est l'assuré.**

Un titulaire subsidiaire/subrogé doit être nommé si l'assuré est d'âge mineur.

**Titulaire subsidiaire/subrogé (au Québec)**

Si le titulaire décède avant l'assuré, le titulaire subsidiaire/subrogé devient le titulaire.

Si le titulaire décède sans avoir nommé de titulaire subsidiaire/subrogé, the Life Insured will become the Owner.

Nom (prénom, initiale, nom de famille) ou dénomination sociale de la société/l'entité		Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Adresse – la même que : <input type="radio"/> Titulaire <input type="radio"/> Assuré <b>ou</b> <input type="radio"/> Adresse ci-dessous		
Adresse (numéro, rue)		
Ville	Province	Code postal

## 1.12 Vérification de l'identité du titulaire

Le conseiller doit confirmer l'identité du titulaire en vérifiant l'original de l'un des documents ci-contre émis par le gouvernement.

Si le titulaire est une société ou une autre entité, veuillez remplir le formulaire C-0044.

\* Requis uniquement si vous demandez une Solution 100.

**Vous devez répondre aux questions A et B.**

<input type="radio"/> Certificat de naissance <input type="radio"/> Passeport <input type="radio"/> Permis de conduire (avec photo et signature) <input type="radio"/> Carte d'assurance maladie provinciale (sauf au Man., en Ont. et à l'Î.-P.-É.) <input type="radio"/> Autre _____		
Lieu d'émission	N° du document	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)
<b>A De quel pays êtes-vous résident aux fins de l'impôt?*</b> (Veuillez cocher tout ce qui s'applique.) <input type="radio"/> Canada <input type="radio"/> États-Unis - Numéro d'identification fiscale : _____ <input type="radio"/> Autre - Précisez le pays : _____ Numéro d'identification fiscale : _____		
<b>B Si vous n'êtes pas résident des États-Unis, avez-vous la citoyenneté américaine?*</b> <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui - Numéro d'identification fiscale : _____		
Avez-vous ou l'un de vos proches parents (votre enfant, mère, père; époux/conjoint uni civilement/conjoint de fait; la mère ou le père de votre époux/conjoint uni civilement/conjoint de fait; ou l'enfant de votre mère ou de votre père) déjà occupé l'un des postes suivants dans un pays autre que le Canada?		
a) <b>Gouvernement</b> (chef d'état/de gouvernement; membre d'un conseil exécutif ou d'une assemblée législative; chef/président d'un parti politique représenté dans une assemblée législative; sous-ministre ou l'équivalent; chef d'un organisme gouvernemental)		
b) <b>Autre fonction officielle</b> (officier militaire avec le grade de général ou un grade supérieur; juge; président d'une banque/société d'état; ambassadeur/attaché/conseiller d'un ambassadeur)		
<input type="radio"/> <b>oui</b> <input type="radio"/> <b>non</b> Si « oui », veuillez fournir des détails : _____		

## 2. RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

### Renseignements financiers personnels

<b>2.1 Renseignements financiers</b> Pour un montant d'assurance de 3 000 001 \$ à 5 000 000 \$, veuillez remplir un Questionnaire financier personnel. * Si aucun, veuillez inscrire le revenu familial.	<b>A) Revenu annuel gagné</b> _____ \$		Revenu annuel d'autres sources* _____ \$		Autre(s) source(s) de revenu _____		
	<b>B) Valeur nette approximative</b> Actifs personnels _____ \$ Passifs personnels _____ \$ <b>Valeur nette approximative totale</b> _____ \$						
	<b>C) Avez-vous déclaré faillite sur le plan personnel ou professionnel au cours des 5 dernières années?</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					Si « oui », veuillez indiquer la date de quittance (jj/mm/aaaa)	
<b>2.2 Historique de l'assurance</b> Si cette protection a pour but de remplacer une police d'assurance en vigueur. <b>Veillez remplir le formulaire de remplacement provincial.</b>	<b>A) Détenez-vous une autre assurance vie, maladies graves ou invalidité individuelle en vigueur ou en suspens auprès de l'Empire Vie ou d'un autre assureur?</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez remplir le tableau ci-dessous.						
	En vigueur ou en suspens?	Vie, maladies graves, invalidité ou décès accidentel?	Personnelle ou professionnelle?	Assureur	La police est-elle remplacée par cette proposition?*	Année d'établissement	Capital assuré ou montant demandé
					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		\$
					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		\$
					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		\$
<b>B) Si les demandes sont concurrentes, demandez-vous une seule police?</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non							
<b>C) Quel est le montant d'assurance total demandé auprès de tous les assureurs?</b> _____ \$							

### Renseignements financiers de l'entreprise

Veillez répondre à toutes les questions si une entreprise est, ou prévoit être, le titulaire ou le bénéficiaire de la police. Vous devez divulguer cette information à la section 11.3 du Rapport du conseiller et à la section 11.9 « Détermination des intérêts de tiers » si l'entreprise prévoit être le titulaire. Veuillez remplir le **Questionnaire financier relatif à une entreprise** pour les montants de 3 000 001 \$ à 5 000 000 \$.

<b>2.3 Type de société ou autre entité</b>	<input type="radio"/> Société par actions <input type="radio"/> Société de personnes <input type="radio"/> Entreprise individuelle <input type="radio"/> Autre Type d'entreprise _____ Nombre d'années que l'entreprise est établie _____						
	<b>2.4 Valeur de la société ou de l'autre entité</b>	Actifs	\$	Passifs	\$	% des parts détenues par l'assuré :	
Valeur nette		\$	Juste valeur de marché de l'entreprise	\$			
Revenu annuel brut		\$	Revenu net annuel après impôts	\$			
Est-ce que l'un des autres cadres ou associés de la société/l'entité possède de l'assurance vie ou maladies graves relativement à l'entreprise? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez fournir les détails ci-après. Si « non », veuillez indiquer la raison : _____							
Nom		Nom					
Titre		% de propriété de la société		Titre		% de propriété de la société	
Assurance vie en vigueur		Assurance vie en suspens		Assurance vie en vigueur		Assurance vie en suspens	
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Assurance maladies graves en vigueur		Assurance maladies graves en suspens		Assurance maladies graves en vigueur		Assurance maladies graves en suspens	
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
<b>2.5 Faillite</b>	L'entreprise a-t-elle déjà déclaré faillite? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui – veuillez indiquer la date de quittance (jj/mm/aaaa) : _____						



## 4. RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Si aucun bénéficiaire n'est désigné pour l'assuré ou que le bénéficiaire décède avant celui-ci, nous verserons toute prestation au titulaire (s'il n'est pas l'assuré), ou à la succession du titulaire. Pour nommer d'autres bénéficiaires de l'assurance vie, utilisez le formulaire de désignation de bénéficiaires (D-0017).

### Personnes d'âge mineur :

Le bénéficiaire mineur ne recevra pas directement les prestations payables. À l'extérieur du Québec, vous devez désigner un fiduciaire qui recevra toute prestation payable au décès au nom du bénéficiaire mineur. Au Québec, le parent ou le tuteur légal recevra toute prestation payable au nom du bénéficiaire mineur, à moins que vous n'ayez créé une fiducie officielle. Lorsque le bénéficiaire atteint la majorité, il recevra directement toute prestation payable qui lui est due, à moins que vous n'ayez créé une fiducie officielle et que cette fiducie soit en vigueur au moment où le versement de la prestation est dû.

### Désignations de bénéficiaire irrévocable et révocable :

Une désignation de bénéficiaire est révocable à moins que vous n'ayez coché la case « Irrévocable ». Au Québec, un conjoint est irrévocable à moins que vous n'ayez coché la case « Révocable ». Si vous désignez un bénéficiaire de façon irrévocable, vous ne pouvez pas changer ou révoquer la désignation de bénéficiaire ou exercer certains droits et privilèges comme des retraits, des cessions ou le transfert de la propriété, sans la signature du bénéficiaire irrévocable. Si le bénéficiaire irrévocable est mineur, vous ne pouvez pas changer ou révoquer la désignation de bénéficiaire ou exercer certains droits et privilèges jusqu'à ce que le mineur atteigne la majorité.

### Bénéficiaire subsidiaire/subrogé :

Un bénéficiaire subsidiaire/subrogé devient le bénéficiaire si tous les premiers bénéficiaires sont décédés avant l'assuré, s'il y a lieu. Un bénéficiaire subsidiaire/subrogé est toujours révocable.

**Si le bénéficiaire est une entreprise, remplissez la section 2 – Renseignements financiers de l'entreprise.**

### Bénéficiaire(s) des prestations payables au décès de l'assuré(e) (y compris pour toute protection d'assurance en cas de maladies graves)

Premier(s) bénéficiaire(s) – Les pourcentages pour tous les premiers bénéficiaires doivent totaliser 100 %.			
Nom (prénom, initiale, nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité)	Lien*	Part (%)	Désignation
			<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
			<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
			<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
			<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s)/subrogé(s) – Les pourcentages pour tous les premiers bénéficiaires doivent totaliser 100 %.		
Nom (prénom, initiale, nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité)	Lien*	Part (%)

### Bénéficiaire(s) des prestations en cas de maladie grave payables du vivant de l'assuré

Premier(s) bénéficiaire(s) – Les pourcentages pour tous les premiers bénéficiaires doivent totaliser 100 %.			
Nom (prénom, initiale, nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité)	Lien*	Part (%)	Désignation
			<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
			<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s)/subrogé(s) – Les pourcentages pour tous les premiers bénéficiaires doivent totaliser 100 %.		
Nom (prénom, initiale, nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité)	Lien*	Part (%)

\* Lien avec l'assuré. Au Québec, lien avec le titulaire.

### Fiduciaire pour tout bénéficiaire mineur désigné ci-dessus

Prénom	Initiale	Nom de famille

## 5. ASSURANCE TEMPORAIRE – SÉRIE SOLUTION<sup>MC</sup>

<b>5.1 Protection de base</b>	Solution TRA – Temporaire renouvelable annuellement	\$
	Solution 10 – Temporaire	\$
	Solution 20 – Temporaire	\$
	Solution 100 – avec valeurs	\$
<b>5.2 Avenants</b>	Solution TRA – Temporaire renouvelable annuellement	\$
	Solution 10 – Temporaire	\$
	Solution 20 – Temporaire	\$
	Solution 100 – avec valeurs	\$
	Protection MG de l'Empire Vie *	\$
<b>5.3 Garanties complémentaires pour l'assuré</b>	<input type="radio"/> Exonération des primes (exonération en cas d'invalidité) (âge maximal à l'établissement de 55 ans)	
	<input type="radio"/> Exonération en cas d'invalidité ou de décès du payeur (exonération pour enfants) (Solution 100 seulement) (âge maximal à l'établissement de 45 ans)	
	Assurabilité garantie (âge maximal à l'établissement de 40 ans)	\$
	Décès et mutilation accidentels (âge maximal à l'établissement de 55 ans)	\$
	Protection vie pour enfants* (âge maximal à l'établissement de 17 ans)	\$
	Protection maladies graves pour enfants* (âge maximal à l'établissement de 17 ans)	\$
<b>5.4 Garanties pour le titulaire (s'il n'est pas l'assuré)</b>	<b>Titulaire qui n'est pas un assuré : quelles garanties complémentaires désirez-vous souscrire pour ce titulaire?</b>	
	<input type="radio"/> Exonération des primes (exonération en cas d'invalidité)	
	<input type="radio"/> Exonération en cas d'invalidité ou de décès du payeur (exonération pour enfants) (Solution 100 seulement)	
<b>Veillez remplir les sections appropriées du formulaire D-0056 (Renseignements médicaux supplémentaires).</b>		

## 6. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PERSONNELS

SAUF SI VOUS COCHEZ L'OPTION « ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE SUR LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS » à la section I.3

	Assuré	Titulaire(s) (si ce n'est pas un assuré)
<b>A)</b> Est-ce que l'assuré et le titulaire lisent, parlent et comprennent le français?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>B)</b> Les questions ont-elles été posées en français et y avez-vous répondu en français? Si vous répondez « oui » aux questions A et B, ne répondez pas aux questions C, D, E, F et G.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>C)</b> Si « non », en quelle langue s'est déroulée l'entrevue?		
<b>D)</b> Tous les détails et les questions de cette proposition vous ont-ils été clairement expliqués dans une langue que vous comprenez?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>E)</b> Qui vous a posé les questions?	<input type="radio"/> interprète <input type="radio"/> autre	<input type="radio"/> interprète <input type="radio"/> autre
<b>F)</b> Quel est votre lien avec la personne qui vous a posé les questions?		
<b>G)</b> Nom de la personne qui vous a posé les questions :	N° de téléphone de la personne qui vous a posé les questions :	
<b>Remarque :</b> La personne qui vous a posé les questions ne peut pas être titulaire ou bénéficiaire de la police.		

Cette section contient **TROIS** séries de questions visant à recueillir les renseignements personnels et médicaux des assurés. Chaque assuré doit répondre à la série de questions appropriée.

### 6.1 ADULTE – SÉRIE DE QUESTIONS COURTE

Répondez à la série **Adulte – série de questions courte** pour les assurés dont l'âge tarifé est entre 18 et 45 ans et qui demandent une protection d'assurance vie équivalente ou inférieure à 300 000 \$ et une Protection MG de l'Empire Vie équivalente ou inférieure à 75 000 \$, par assuré.

Si l'assuré ne respecte pas ces critères, veuillez répondre à la série **Adulte – Série de questions complète**.

### 6.2 ADULTE – SÉRIE DE QUESTIONS COMPLÈTE

Répondez à la série **Adulte – Série de questions complète** pour les assurés dont l'âge tarifé est de 18 ans et plus qui demandent tout montant de protection d'assurance.

### 6.3 ENFANTS – SÉRIE DE QUESTIONS

Répondez à la série **Enfants – Série de questions** pour les enfants (âge tarifé entre 0 et 17 ans).

## 6.1 ADULTE – SÉRIE DE QUESTIONS COURTE

### Informations importantes pour le conseiller :

- Répondez à cette série de questions pour un assuré dont l'âge tarifé est entre 18 et 45 ans qui demande une protection d'assurance vie équivalente ou inférieure à 300 000 \$ et une Protection MG de l'Empire Vie équivalente ou inférieure à 75 000 \$, par assuré.
- La limite maximale autorisée pour la protection mise en vigueur au moyen de la série Adulte – Série de questions courte est de 300 000 \$. Cette série ne permet d'obtenir qu'une protection équivalente ou inférieure à 300 000 \$.

Exemple : La proposition d'assurance vie de 150 000 \$ de Marie a été approuvée après qu'elle ait répondu à la série Adulte – Série de questions courte. Si elle veut, à tout moment avant ses 45 ans, demander une protection d'assurance vie additionnelle de 150 000 \$, elle peut le faire en répondant de nouveau à la série de questions courte. Toutefois, si elle veut demander une protection additionnelle de 200 000 \$, elle devra répondre à la série de questions complète.

#### Renseignements médicaux

1. Je comprends que je dois répondre à toutes les questions de façons véridique.	<input type="radio"/> oui
2. Quelle est votre taille? Quel est votre poids?	_____ <input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi/po _____ <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb
<b>Si vous répondez « oui » à une ou plusieurs des questions 3 à 11, veuillez fournir des détails dans la section « Détails additionnels » à la page suivante. Veuillez inclure les dates des événements, la durée, le traitement, le diagnostic, si le problème est réglé ou actuel, les dates et les résultats de tout test effectué et les noms et les adresses de tous les professionnels et de tous les établissements médicaux.</b>	
<b>3. Avez-vous déjà eu les conditions suivantes, ou vous a-t-on déjà dit que vous les aviez eues :</b>	
a) crise cardiaque, chirurgie cardiaque, arythmie, chirurgie coronaire, accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) cancer, tumeur, ou toute masse ou malignité (autre qu'un carcinome basocellulaire)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) maladie des poumons ou maladie respiratoire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
d) diabète?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
e) maladie du foie, des reins, de la vessie, des intestins ou du système digestif?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
f) trouble bipolaire ou psychose, ou avez-vous déjà été hospitalisé pour un trouble psychiatrique?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
g) arthrite, lupus, dystrophie musculaire, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
h) syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou avez-vous déjà reçu un résultat positif à un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
i) avez-vous déjà été accusé d'une infraction criminelle?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous :</b>	
a) été admis dans un hôpital ou un centre de réadaptation pendant plus de 2 jours consécutifs (pour autre chose qu'un accouchement)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) fait usage de cocaïne, d'héroïne, de marijuana ou de toute drogue non prescrite par votre médecin, autre que des médicaments en vente libre?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) fait usage de marijuana sur ordre de votre médecin?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>5. Au cours des 2 dernières années, avez-vous :</b>	
a) eu un résultat anormal à une mammographie ou à un test d'imagerie mammaire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) eu un résultat anormal à un test de dépistage de l'antigène spécifique de la prostate?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) souffert d'une dépression pour laquelle on vous a prescrit des médicaments?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
d) souffert de douleur chronique, de fatigue chronique, de fibromyalgie, de paralysie, ou d'une blessure au dos, à la colonne vertébrale ou au cou?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
e) vu votre permis être suspendu?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
f) été accusé de conduite avec les facultés affaiblies?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
g) été accusé de plus de 3 infractions relatives à la conduite?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non



## 6.2 ADULTE – SÉRIE DE QUESTIONS COMPLÈTE

Répondez à cette série de questions pour un assuré dont l'âge tarifé est de 18 ans et plus qui demande tout montant de protection d'assurance.

Renseignements médicaux	
1. Je comprends que je dois répondre à toutes les questions de façon véridique.	<input type="radio"/> oui
2. Quelle est votre taille? Quel est votre poids?	_____ <input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi/po _____ <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb
<b>Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir des détails dans la section « Détails additionnels » à la page suivante. Veuillez inclure les dates des événements, la durée, le traitement, le diagnostic, si le problème est réglé ou actuel, les dates et les résultats de tout test effectué et les noms et les adresses de tous les professionnels et de tous les établissements médicaux.</b>	
<b>3. Avez-vous déjà eu, vous a-t-on déjà dit que vous aviez eu ou avez-vous reçu un traitement ou des conseils pour les conditions suivantes :</b>	
a) crise cardiaque, chirurgie cardiaque, souffle au coeur, chirurgie coronarienne, arythmie, stimulateur cardiaque, chirurgie valvulaire, douleurs thoraciques, essoufflement?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), maladie d'Alzheimer, démence, déficience intellectuelle, perte de mémoire, tremblements, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, épilepsie, convulsions, paralysie cérébrale, blessure à la tête, perte de conscience, perte de la parole, perte de l'audition ou perte de la vue?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) cancer, tumeur, polype, kyste, masse, malignité, naevus dysplasique ou excision d'un grain de beauté?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
d) diabète, hyperglycémie, glycosurie, ou tout trouble des glandes endocriniennes ou thyroïdiennes?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
e) caillots sanguins, trouble de la circulation, méralgie, hypertension, hypercholestérolémie, enflure des chevilles ou des jambes, anémie, hémophilie ou tout trouble sanguin?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
f) sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA), faiblesse musculaire, fourmillements, engourdissement des extrémités ou toute maladie des motoneurones?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
g) apnée du sommeil, emphysème, tuberculose, asthme, bronchite chronique, ou tout autre maladie ou trouble respiratoire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
h) hépatite (ou porteur de l'hépatite), cirrhose, jaunice, pancréatite, ou tout trouble du foie, de la vessie, des reins, du pancréas ou de la vésicule biliaire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
i) arthrite, polyarthrite rhumatoïde, arthrose, lupus, dystrophie musculaire ou paralysie?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
j) syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA), ou avez-vous déjà reçu un résultat positif à un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
k) avez-vous déjà reçu un traitement ou suivi une thérapie pour usage d'alcool ou de drogue?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu, ou vous a-t-on dit que vous aviez eu, ou avez-vous reçu un traitement pour :</b>	
a) un résultat anormal lors d'une mammographie, d'un test d'imagerie mammaire, d'un test Pap ou d'un test de dépistage de l'antigène spécifique de la prostate?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) un ulcère, une colite ulcéreuse, la maladie de Crohn, le syndrome du côlon irritable, une diverticulite, des saignements intestinaux ou rectaux, ou tout trouble de l'estomac, de l'intestin ou du système digestif?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) un trouble bipolaire, une psychose ou une dépression pour laquelle on vous a prescrit des médicaments ou une thérapie ou avez-vous déjà été hospitalisé pour tout trouble dépressif ou nerveux, ou avez-vous déjà envisagé ou essayé de vous suicider?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
d) une douleur chronique, une fatigue chronique, une fibromyalgie, ou toute blessure au dos, à la colonne vertébrale, au cou ou au système musculo-squelettique?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>5. Au cours des 5 dernières années, avez-vous :</b>	
a) subi une chirurgie, été hospitalisé (pour autre chose qu'un accouchement), été référé à un médecin spécialiste ou subi des tests cliniques dont les résultats ne sont pas encore connus?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) reçu la recommandation de subir des tests cliniques, des traitements ou une intervention chirurgicale non encore effectués, ou avez-vous conscience de symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté de médecin?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>6. Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait usage de cocaïne, d'héroïne, de marijuana ou de toute drogue non prescrite par votre médecin, autre que les médicaments en vente libre, ou avez-vous été admis dans tout établissement pour un tel usage, ou avez-vous fait usage de marijuana sur ordre de votre médecin?</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>7. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consommé plus de 21 unités d'alcool par semaine?</b> <b>Remarque :</b> 1 unité d'alcool représente 1 verre de vin, 1 bière ou 1,5 oz d'alcool fort.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non



## 6.3 ENFANTS – SÉRIE DE QUESTIONS

Répondez à cette série de questions pour les enfants assurés (âge tarifé entre 0 et 17 ans).

Renseignements médicaux				
1. Je comprends que je dois répondre à toutes les questions de façon véridique.			<input type="radio"/> oui	
2. Quelle est la taille de l'enfant? Quel est le poids de l'enfant?			_____ <input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi/po _____ <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	
<b>Si l'enfant à assurer a entre 0 et 2 ans, veuillez répondre à la question 3. Sinon, poursuivez à la question 4.</b>				
3. L'enfant est-il né prématurément (moins de 37 semaines de grossesse)? Si oui, quel était son poids à la naissance?			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non _____ <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	
<b>Si vous répondez « oui » à une ou plusieurs des questions 4 à 6, veuillez fournir des détails dans la section « Détails additionnels » à la page suivante. Veuillez inclure les dates des événements, la durée, le traitement, le diagnostic, si le problème est réglé ou actuel, les dates et les résultats de tout test effectué et les noms et les adresses de tous les conseillers et de tous les établissements médicaux.</b>				
<b>4. L'enfant a-t-il déjà reçu un traitement pour ces conditions ou en a-t-il déjà présenté des symptômes :</b>		<b>Enfant</b>	<b>Tout enfant en vertu de l'avenant Protection vie/maladies graves pour enfants</b>	
a) souffle au coeur ou tout autre maladie ou trouble du coeur ou des vaisseaux sanguins?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
b) cancer, tumeur, sarcome, leucémie, ou toute masse ou malignité?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
c) diabète, ou tout autre maladie ou trouble endocrinien?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
d) hémophilie, trouble de saignement ou tout autre maladie ou trouble sanguin?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
e) maladie de Crohn, colite ulcéreuse, hépatite ou tout autre maladie ou trouble de l'intestin, de l'estomac ou du foie?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
f) asthme, fibrose kystique, ou tout autre maladie ou trouble respiratoire?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
g) dépression, anxiété, trouble du déficit de l'attention ou tout autre maladie ou trouble psychiatrique, émotionnel ou nerveux?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
h) maladie ou trouble des reins ou des voies urinaires?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
i) dystrophie musculaire, sclérose en plaques, paralysie ou tout autre maladie ou trouble neurologique?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
j) syndrome de Down, retard de développement, autisme, syndrome d'Asperger, paralysie cérébrale ou tout autre maladie ou trouble congénital?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
k) épilepsie, convulsions, ou tout autre maladie ou trouble du cerveau?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
l) cécité ou surdité		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
m) syndrome de l'immunodéficiency acquise (SIDA) ou a-t-il reçu un résultat positif à un test de dépistage du virus de l'immunodéficiency humaine (VIH)?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
5. L'enfant a-t-il été hospitalisé (autre que lors de sa naissance), ou a-t-il subi une chirurgie (pour autre chose qu'une amydalectomie, une appendicectomie, une réparation herniaire ou l'insertion de tubes dans les oreilles)?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
<b>6. Existe-t-il d'autres conditions ou symptômes médicaux (outre le rhume, la grippe, la varicelle, l'amydalectomie, l'appendicectomie, la réparation herniaire ou les infections des oreilles) non encore mentionnés pour lesquels l'enfant :</b>				
a) a reçu un traitement ou l'attend?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
b) est sous observation ou attend des résultats d'analyses?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
c) n'a pas encore vu de médecin?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
7. L'un des parents, frères ou soeurs biologiques de l'enfant a-t-il reçu un diagnostic de l'une des conditions suivantes avant son 60 <sup>e</sup> anniversaire de naissance : cancer, crise cardiaque, maladie coronarienne, accident vasculaire cérébral, diabète, maladie des reins, maladie de Huntington, ou maladie de Parkinson?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
<b>Si vous répondez « oui » à cette question, veuillez fournir des détails additionnels à la page 14.</b>				
Lien avec l'enfant	Maladie (si cancer, indiquez le type)	�ge au début de la maladie	âge si en vie	âge au décès
Lien avec l'enfant	Maladie (si cancer, indiquez le type)	�ge au début de la maladie	âge si en vie	âge au décès
Lien avec l'enfant	Maladie (si cancer, indiquez le type)	�ge au début de la maladie	âge si en vie	âge au décès

## 6.3 ENFANTS – SÉRIE DE QUESTIONS suite

### Renseignements médicaux (suite)

8. Tous les autres enfants dans la famille sont-ils assurés, ou y a-t-il une demande d'assurance en cours à leur sujet?  oui  non

a) **Si oui**, le montant pour les frères et soeurs est-il essentiellement égal (même capital assuré ou même prime)?  oui  non – si le montant n'est pas égal, veuillez indiquer le type de protection et le montant pour les frères et soeurs, de même que la raison pour laquelle les montants ne sont pas équivalents :

b) **Si non**, veuillez fournir la raison pour laquelle les frères et soeurs ne sont pas assurés ou pourquoi il n'y a pas de demande d'assurance en suspens. Veuillez également indiquer s'il n'y a pas d'autre enfant dans la famille :

9. Pour une assurance vie individuelle ou une Protection MG individuelle seulement :

a) assurance totale en vigueur pour le père de l'enfant : Assurance vie \_\_\_\_\_ \$ Maladies graves \_\_\_\_\_ \$

b) assurance totale en vigueur pour la mère de l'enfant : Assurance vie \_\_\_\_\_ \$ Maladies graves \_\_\_\_\_ \$

c) Emploi du père : \_\_\_\_\_ Revenu annuel : \_\_\_\_\_ \$

d) Emploi de la mère : \_\_\_\_\_ Revenu annuel : \_\_\_\_\_ \$

### Renseignements sur l'avenant pour enfants

Remplissez cette section si des enfants doivent être couverts en vertu de l'avenant Protection vie pour enfants et/ou de Protection maladies graves pour enfants, et non pour les enfants qui sont des assurés principaux. **L'âge maximal à l'établissement pour l'avenant Protection vie pour enfants ou l'avenant Protection maladies graves pour enfants est de 17 ans.**

**Remarque : L'avenant Protection vie pour enfants et l'avenant Protection maladies graves pour enfants ne sont pas offerts si le régime de base est la Protection MG de l'Empire Vie.**

Enfant 1					
Prénom	Initiale	Nom de famille		<input type="radio"/> garçon <input type="radio"/> fille	
Lien avec l'assuré	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Taille	<input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi/po	Poids	<input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb
Enfant 2					
Prénom	Initiale	Nom de famille		<input type="radio"/> garçon <input type="radio"/> fille	
Lien avec l'assuré	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Taille	<input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi/po	Poids	<input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb
Enfant 3					
Prénom	Initiale	Nom de famille		<input type="radio"/> garçon <input type="radio"/> fille	
Lien avec l'assuré	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Taille	<input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi/po	Poids	<input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb
Enfant 4					
Prénom	Initiale	Nom de famille		<input type="radio"/> garçon <input type="radio"/> fille	
Lien avec l'assuré	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Taille	<input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi/po	Poids	<input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb
Enfant 5					
Prénom	Initiale	Nom de famille		<input type="radio"/> garçon <input type="radio"/> fille	
Lien avec l'assuré	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Taille	<input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi/po	Poids	<input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb



## 7. INFORMATION SUR LE PAIEMENT DES PRIMES

<p><b>7.1 Information sur le paiement des primes</b></p> <p>Tous les chèques doivent être payables à l'ordre de l'Empire Vie.</p>	<p><input type="radio"/> Montant de la prime initiale soumise avec cette proposition : _____ \$</p> <p><input type="radio"/> Retrait de la prime initiale par débits préautorisés (DPA)* * Si vous choisissez cette option, la convention d'assurance provisoire n'est pas disponible.</p> <p>Qui paiera les primes? <input type="radio"/> Titulaire <input type="radio"/> Assuré <input type="radio"/> Autre (nom de la personne ou de la société/l'entité) _____</p> <p>Comment seront payées les primes? <input type="radio"/> Débits préautorisés (DPA) mensuels <input type="radio"/> Facturation annuelle * Le montant de DPA correspond à la prime annuelle multipliée par un facteur de 0,09.</p>
<p><b>7.2 Débits préautorisés (DPA)</b></p>	<p><b>Les DPA mensuels des primes seront prélevés du :</b></p> <p><input type="radio"/> Compte indiqué sur le chèque de la prime initiale</p> <p><input type="radio"/> Compte indiqué sur le chèque annulé ci-joint ou le formulaire d'autorisation de débits préautorisés de mon institution financière</p> <p><input type="radio"/> Même compte que la police de l'Empire Vie n° : _____</p> <p>Date du prélèvement automatique _____ (entre le 1<sup>er</sup> et le 28<sup>e</sup> jour du mois) Si aucune date n'est indiquée, nous utiliserons la date d'établissement (date d'effet) de la police.</p>
<p><b>7.3 Antidatation</b></p>	<p><b>À moins d'avis contraire, la police portera la date courante.</b></p> <p><input type="radio"/> La police sera antidatée pour préserver l'âge (maximum de 6 mois pour une police vie et de 3 mois pour une police MG).</p> <p style="text-align: right;">Veillez spécifier la date (jj/mm/aaaa)</p> <p><b>Remarque : Nous ne pouvons antidater une police d'assurance vie de plus de 6 mois ou une police en cas de maladies graves de plus de 3 mois. Nous ne pouvons antidater une police à une année civile antérieure.</b></p>

## 8. DEMANDE D'ASSURANCE PROVISOIRE

Votre conseiller et/ou les représentants de l'Empire Vie ne sont pas autorisés à modifier cette convention en aucune façon.

<p><b>8.0 Demande d'assurance provisoire</b></p> <p>Nous offrirons une assurance provisoire uniquement si vous répondez « non » à toutes les questions. L'assurance provisoire sera valide et applicable seulement si ces réponses sont véridiques et conformes à toutes les autres conditions de la convention d'assurance provisoire.</p> <p>Nous ne pouvons pas vous offrir une assurance provisoire si vous répondez « oui » à l'une de ces questions ou que vous laissez la case vide. L'assurance provisoire N'est PAS offerte même si le conseiller accepte le paiement de la prime initiale. Dans ce cas, les conseillers ne peuvent pas remplir le reçu de paiement de la convention d'assurance provisoire.</p>	<p>Nom de l'assuré (prénom, second prénom, nom de famille)</p> <p><b>A) Est-ce que l'assuré est âgé de plus de 65 ans ou de moins de 15 jours?</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p><b>Est-ce que l'assuré a :</b></p> <p><b>B) déjà été traité ou eu une indication quelconque relativement à ce qui suit : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie cardiaque ou vasculaire, douleurs à la poitrine, perte de la parole, brûlures graves, diabète, cancer ou tumeurs, ischémie cérébrale transitoire, accident vasculaire cérébral, maladie chronique des reins, du foie ou des poumons, sclérose en plaques, paralysie, cécité, surdité, SIDA ou infection au VIH?</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p><b>C) été incapable d'accomplir des activités usuelles pendant plus de 7 jours consécutifs dans les 6 derniers mois en raison d'une maladie ou d'une blessure ou est présentement en traitement pour une telle condition?</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p><b>D) au cours des 12 derniers mois (sauf après la naissance normale d'un enfant), été hospitalisé ou été avisé de le faire?</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p><b>E) été avisé de subir tout test, examen ou intervention chirurgicale qu'il n'a pas encore subi?</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p><b>F) été avisé qu'il n'était pas admissible à une assurance vie, invalidité ou pour maladies graves, ou s'est vu offrir une assurance avec surprime ou modifiée de quelque façon?</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>La responsabilité maximale de l'Empire Vie en vertu de la présente convention d'assurance provisoire et de toutes les conventions d'assurance provisoire (incluant tous les certificats d'assurance temporaire) en vigueur s'applique à une période maximale de quatre-vingt-dix (90) jours suivant la prise d'effet de l'assurance en vertu de la présente convention d'assurance provisoire, et elle correspond au moindre des montants suivants : le montant d'assurance demandé ou 500 000 \$. Si vous avez demandé un montant d'assurance supérieur à 500 000 \$, la responsabilité totale de l'Empire Vie sera de 500 000 \$ plus le remboursement intégral de toute somme payée pour la protection en excédent de 500 000 \$. Toutes les dispositions sont exposées en détail dans la convention d'assurance provisoire.</p>
---	---

**VEUILLEZ NE PAS DÉTACHER CETTE PAGE**

## 9. DÉCLARATION, ATTESTATION, AUTORISATION ET CONSENTEMENT

### Déclaration et attestation :

#### Je déclare et j'atteste que :

- j'ai lu et compris le sens et l'importance de toutes les questions posées dans cette proposition et dans tout formulaire supplémentaire soumis qui accompagne cette proposition et la demande d'assurance provisoire, si j'ai demandé une assurance provisoire (collectivement la « proposition »);
- j'ai obtenu des renseignements satisfaisants concernant le produit que je demande avant de signer cette proposition et je comprends que mon conseiller peut être rémunéré sur la base de commissions;
- j'étais présent lorsque l'on a indiqué les réponses et les déclarations me concernant (collectivement « mes réponses ») sur la proposition;
- j'ai revu mes réponses et je confirme qu'elles sont complètes et véridiques à ma connaissance à la date à laquelle j'ai signé la proposition, et que l'Empire Vie peut s'y fier;
- au cas où l'une de mes réponses contiendrait une fausse déclaration ou une omission importante, l'Empire Vie pourrait annuler la police;
- le titulaire est tenu de payer les primes. Les chèques doivent être faits à l'ordre de l'Empire Vie.

### Autorisation

#### Je comprends et j'accepte :

- je vous aviserai de tout changement dans ma situation de résidence aux fins de l'impôt;
- les dispositions de cette proposition, y compris la convention d'assurance provisoire (si j'ai demandé de l'assurance provisoire dans cette proposition);
- que cette proposition ainsi que mes réponses feront partie de ma police lorsque cette dernière sera établie (toute assurance provisoire est assujettie aux dispositions de la convention d'assurance provisoire);
- que, à l'exception d'une quelconque protection que me procurerait la convention d'assurance provisoire, s'il y a lieu, l'Empire Vie n'a aucune obligation, à moins que :
  - **Au Québec** : la première prime est payée et l'assurabilité de tout assuré demeure inchangée entre la date où l'on a rempli la proposition et la date à laquelle celle-ci a été approuvée sans modification par l'Empire Vie;
  - **Dans toutes les provinces sauf le Québec** : la première prime est payée et l'assurabilité de tout assuré demeure inchangée entre la date où l'on a rempli la proposition et la date de livraison de la police au titulaire;
- que si cette proposition contient des erreurs ou des omissions apparentes ou que l'Empire Vie propose d'établir une police sur une base différente de celle que j'ai demandée, l'Empire Vie procédera aux modifications nécessaires à la page « Ajouts et modifications » avant de livrer la police au titulaire pour acceptation;
- que l'on considérera que j'ai accepté la police ainsi que toute modification à la proposition si je ne la retourne pas à l'Empire Vie dans les 10 jours après sa livraison;

### Entente de DPA

- que les débits préautorisés (DPA) s'appliquent aux primes régulières prévues. De plus, si la prime initiale versée est inférieure à la prime requise pour que la police entre en vigueur, la différence pourra être prélevée de mon compte lors du premier retrait mensuel;
- que l'entente de DPA peut être annulée dans les 10 jours suivant la date d'envoi d'un avis écrit par moi-même ou l'Empire Vie. En cas d'annulation, les primes subséquentes seront alors payables à l'Empire Vie selon l'une ou l'autre des modalités offertes, conformément aux dispositions de la police. Pour plus d'information au sujet du droit d'annuler une entente de DPA ou pour obtenir un exemplaire du formulaire d'annulation, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca);
- qu'aux fins de la présente autorisation, tout débit de mon compte sera traité comme un DPA personnel;
- **Je renonce à mon droit de recevoir un avis avant que tout retrait ne soit effectué ainsi qu'au droit de recevoir un avis de tout changement de montant du retrait automatique;**
- Je sais que certains droits d'exercer un recours existent dans le cas où un débit ne serait pas conforme à la présente entente. J'ai le droit de recevoir un remboursement pour tout retrait qui ne serait pas autorisé ou conforme à la présente entente de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits d'exercer un recours, je peux communiquer avec l'Empire Vie ou visiter le [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

### Pour les requêtes concernant vos débits préautorisés, veuillez communiquer avec :

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie  
259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8  
Tél. : 1 800 561-1268 Téléc. : 1 800 920-5868  
[insurance@empire.ca](mailto:insurance@empire.ca)

### Autorisation bancaire

J'autorise l'Empire Vie à prélever les paiements mensuels de la prime tel que requis et conformément à mes directives décrites à la section 7. J'autorise mon institution financière à honorer tout retrait (débit) de mon compte en vertu de l'entente de DPA. Je comprends que ces montants pourraient être variables, et augmenter ou diminuer.

### Consentement

#### Autorisation de divulgation de renseignements personnels

- J'ai compris le sens et l'importance des énoncés que contiennent les avis suivants (les « avis ») qui me sont fournis dans le document intitulé « Renseignements importants à l'intention du consommateur » :
- Vos renseignements personnels et votre vie privée
  - Préavis concernant MIB Inc.
  - Avis concernant le rapport de consommateur et avis d'enquête personnelle
  - Je consens à ce que l'Empire Vie et d'autres parties prévues dans les avis recueillent, utilisent et divulguent mes renseignements personnels aux fins décrites dans les avis;
  - Je consens à ce que l'Empire Vie transmette mes renseignements personnels à ses agents, à ses fournisseurs ainsi qu'à ses réassureurs et à leurs agents pour évaluer la proposition, administrer la police, si celle-ci est établie, et/ou évaluer une demande de règlement en vertu de la police;
  - J'autorise MIB Inc. et toute agence d'investigation ou d'évaluation de crédit dont l'Empire Vie retient les services à lui communiquer ainsi qu'à ses réassureurs ou agents tous les renseignements personnels à mon sujet en leur possession pour évaluer la proposition, administrer la police, si celle-ci est établie, et/ou évaluer une demande de prestations en vertu de la police;
  - Je comprends que l'Empire Vie puisse nécessiter que chaque assuré se soumette à des examens physiques et à des tests médicaux, tels que des électrocardiogrammes, et fournisse des échantillons de sang et d'urine à des fins d'analyse, y compris qu'il subisse un test de dépistage du VIH (SIDA) et de certaines drogues ou de certains médicaments, au besoin, pour qu'elle évalue la proposition ou une demande de prestations en vertu de la police. Si un assuré refuse de subir de tels tests ou de fournir de tels échantillons, l'Empire Vie ne pourra pas évaluer cette proposition ou la demande de prestations en vertu de la police, si celle-ci est établie;
  - Je consens à ce que l'Empire Vie communique le résultat de tout test, rapport ou autre renseignement personnel recueilli sur mon état de santé à mon médecin traitant, si elle considère qu'elle le fait dans mon intérêt primordial ou conformément à la loi, et au directeur de la santé publique, si la loi l'exige;
  - Je comprends que, si je retire ce consentement, l'Empire Vie ne sera plus en mesure d'administrer la police et pourrait alors annuler la police à sa discrétion. Si tel est le cas, aucune prestation ne sera alors payable et ni mes héritiers légaux ni moi-même ne pourrions alors exercer aucun droit sur cette police;
  - Si je décède, j'autorise le titulaire, le titulaire subsidiaire, le bénéficiaire, les héritiers légaux ainsi que le représentant successoral et/ou le liquidateur testamentaire à fournir à l'Empire Vie, à ses réassureurs et à leurs mandataires tous les renseignements et toutes les autorisations nécessaires afin d'obtenir les renseignements requis pour évaluer une demande de règlement en vertu de ma police. J'autorise également l'Empire Vie à transmettre au bénéficiaire du produit de la police les raisons de toute décision relative à une demande de règlement.

### Service de mon conseiller

#### J'autorise l'Empire Vie :

- à remettre ma police à mon conseiller à des fins de livraison et je reconnais que ma police contient une copie de cette proposition, ainsi que tout formulaire supplémentaire, tout addenda et tout formulaire de modification de la proposition;
- à recueillir auprès de mon conseiller (et son agence) et à divulguer à ceux-ci des renseignements concernant ma proposition et ma police, tel que requis, afin de me fournir le service et les conseils relativement à ma police. Je comprends que je peux changer de conseiller ou retirer cette autorisation en envoyant une note écrite à l'Empire Vie;

**Une copie du document Déclaration, attestation, autorisation et consentement dûment signé a la même valeur que l'original.**

## 9. DÉCLARATION, ATTESTATION, AUTORISATION ET CONSENTEMENT (SUITE)

<b>9.1</b> Province de résidence	Cette proposition a été remplie et signée dans la province de résidence du titulaire. Si elle n'a pas été signée dans la province de résidence du titulaire, elle a été signée dans la province/le territoire suivant : _____	
<b>9.2</b> Signatures de l'assuré ou des assurés et du parent/tuteur légal pour un mineur	En signant ci-dessous, je confirme que j'ai lu, que j'ai compris et que j'accepte les énoncés contenus dans la section Déclaration, attestation, autorisation et consentement du présent document et que je consens à l'utilisation de mes renseignements personnels comme il y est mentionné. Si le titulaire est aussi un assuré, il doit signer cette section en tant que titulaire et assuré, y compris pour l'exonération des primes et/ou l'exonération en cas de décès ou d'invalidité du payeur, si j'en ai fait la demande.	
	<b>Assuré</b>	
	<b>Signature</b>	
	X	
<b>9.3</b> Signature du titulaire S'IL NE S'AGIT PAS DE L'ASSURÉ	En signant ci-dessous, je confirme que j'ai lu, que j'ai compris et que j'accepte les énoncés contenus dans la section Déclaration, attestation, autorisation et consentement du présent document et que je consens à l'utilisation de mes renseignements personnels comme il y est mentionné. Les signataires doivent fournir leurs noms et titres ainsi qu'une preuve selon laquelle ils sont autorisés à lier la société.	
Si le titulaire est une société ou une autre entité, inscrivez la dénomination sociale.	<b>Titulaire</b>	
Si le titulaire est un assuré et/ou un parent ou le tuteur légal d'un assuré mineur et qu'il signe uniquement cette section, le titulaire doit aussi signer en tant qu'assuré et au nom de l'assuré mineur (au besoin).	<b>Signature</b>	
	X	
	Nom du titulaire en lettres moulées (ou nom et titre du signataire autorisé, s'il signe pour une société/entité)	
	<b>Signature du 2<sup>e</sup> signataire – OU <input type="radio"/> un seul signataire autorisé à lier la société</b>	
	X	
	Nom et titre du 2 <sup>e</sup> signataire autorisé en lettres moulées, s'il signe pour une société/entité	
<b>9.4</b> Bénéficiaire irrévocable/cessionnaire	Le bénéficiaire irrévocable et/ou le cessionnaire soussigné consentent par les présentes aux dispositions de la nouvelle police et reconnaissent que les prestations en vertu de la nouvelle police peuvent être différentes.	
À remplir s'il s'agit d'une demande de transformation.	<b>Signature de tout bénéficiaire irrévocable</b> (s'il y a lieu)	Nom(s) en lettres moulées
	X	
	<b>Signature de tout cessionnaire</b> (s'il y a lieu)	Nom(s) en lettres moulées
	X	
<b>9.5</b> DPA mensuels et compte d'entreprise	Le titulaire du compte doit signer ci-dessous afin que nous puissions utiliser le compte d'une entreprise ou celui d'une personne qui n'est pas l'assuré ou le titulaire pour les DPA. En signant ci-dessous, vous confirmez avoir lu, compris et accepté les énoncés contenus dans l'entente de DPA et l'autorisation bancaire.	
	<b>Signature</b>	Nom du signataire autorisé (en lettres moulées)
	X	
<b>9.6</b> Autorisation de divulguer des renseignements personnels à un conseiller (et à l'agence)	<b>J'autorise :</b> L'Empire Vie à divulguer à mon conseiller (et à l'agence) des renseignements personnels recueillis sur ma proposition ou au cours du processus d'évaluation ou d'appréciation des risques et qui pourraient avoir une incidence sur la prime ou l'établissement de la police, y compris des renseignements se rapportant aux éléments suivants :	
<b>FACULTATIF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• résultats de tests médicaux ou tests de laboratoire;</li> <li>• maladie, affections, conditions médicales, médicaments, usage de drogues ou d'alcool et/ou réadaptation;</li> <li>• autres problèmes liés à la santé;</li> <li>• dossier judiciaire (civil ou criminel) ou autres faits personnels ou financiers.</li> </ul>	
	<b>Je comprends et je conviens que :</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• j'autorise l'Empire Vie à divulguer des renseignements personnels, tels que décrits ci-dessus, à mon conseiller (et à l'agence);</li> <li>• je n'ai pas à signer cette autorisation pour demander une assurance auprès de l'Empire Vie et je peux retirer ou annuler cette autorisation en envoyant une note écrite à l'Empire Vie;</li> <li>• l'Empire Vie peut choisir de ne pas divulguer de l'information à mon conseiller (et à l'agence) même si j'ai signé cette autorisation.</li> </ul>	
	<b>En signant ci-dessous, je confirme avoir compris et accepté les énoncés des sections ci-dessus et je consens à la divulgation de mes renseignements personnels tel que décrit ci-haut.</b>	
	<b>Signature de l'assuré</b>	
	X	
	<b>Signature du titulaire (s'il n'est pas l'assuré)</b>	
	X	
<b>9.7</b> Signature du témoin	Toutes les signatures doivent avoir lieu devant un tiers indépendant et d'âge majeur qui n'a pas de lien avec tout assuré et tout titulaire et qui ne retire aucun avantage de l'assurance demandée.	
Le conseiller devrait être le témoin, sauf si le conseiller est un assuré ou un titulaire, ou qu'il existe un lien de parenté avec ceux-ci, ou encore qu'il retire un avantage de l'assurance demandée.	<b>Signature du témoin</b>	Date (jj/mm/aaaa)
	X	
	Nom du témoin (veuillez écrire en lettres moulées)	

## 10. AUTORISATION DE TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS

<b>10.1</b> Autorisation de transmission de renseignements	<p>J'autorise toute personne ou organisation publique ou privée (incluant tout professionnel ou praticien de la santé et tout établissement de santé ou de services sociaux à vocation publique ou privée, tout assureur ou toute institution financière, le MIB, Inc., toute agence de renseignements personnels et de crédit, mon conseiller et son agence, cabinet ou intermédiaire de marché, mes employeurs actuels et antérieurs et le service provincial des véhicules automobiles (à moins d'avis contraire de la part des autorités provinciales)), qui détient des renseignements personnels, y compris médicaux et financiers, à mon sujet et au sujet de mes enfants mineurs à assurer, à transmettre ces renseignements à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, à ses réassureurs ou à leurs mandataires respectifs, à leur demande.</p> <p>Une photocopie ou une image numérisée de l'autorisation signée pour transmettre ces renseignements a la même valeur que l'original. Cette autorisation demeurera valide jusqu'à sa révocation par écrit.</p>	
<b>10.2</b> Signature de l'assuré et du parent/tuteur légal au mineur	Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	
	Tout nom de famille utilisé dans les dossiers médicaux ou juridiques (si différent)	
	<b>Signature de l'assuré ou du parent/tuteur légal</b> X	Date (jj/mm/aaaa)
	<b>Signature du témoin</b> X	Date (jj/mm/aaaa)
	Nom du témoin (en lettres moulées)	
	Nom de l'enfant mineur à assurer sous la police (prénom, second prénom, nom de famille)	Fait à (ville et province)

**Cette page est laissée vierge intentionnellement.**

## 11. RAPPORT DU CONSEILLER

Dans ce rapport, « vous » et « votre » s'entendent du conseiller qui a sollicité la proposition. La personne qui a sollicité la proposition, le maître de stage (s'il y a lieu) et le conseiller attitré, s'ils diffèrent de la personne qui a sollicité la proposition, doivent signer à la section 11.10.

Si un adjoint administratif détenteur d'un permis a rempli la proposition en ne fournissant aucun conseil, il doit signer à la section 11.11.

Le premier conseiller qui est nommé sera le conseiller attitré. \* Le conseiller attitré doit recevoir une part de la commission.

<b>11.1 Renseignements sur le conseiller</b>	<b>L'assurance responsabilité professionnelle (ARP) doit être valide dans la province où la proposition a été sollicitée et signée. L'Empire Vie doit avoir en dossier un permis valide, sinon le traitement sera retardé jusqu'à réception de ce document.</b>			
	Nom du <b>conseiller attitré</b> (prénom, second prénom, nom de famille)	Code du conseiller	<b>ARP</b> valide en dossier? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Part (%)*
	Nom du conseiller (prénom, second prénom, nom de famille)	Code du conseiller	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	Nom du conseiller (prénom, second prénom, nom de famille)	Code du conseiller	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
<b>11.2 Renseignements sur l'AG/l'AAG/l'AGA/le compte national</b>	Nom de l'AG, de l'AAG, de l'AGA ou du compte national	Personne-ressource de l'AG, de l'AAG, de l'AGA ou du compte national		
	Numéro de téléphone de la personne-ressource	Adresse de courriel de la personne-ressource		
	Cette vente a-t-elle été effectuée par l'entremise d'un compte national? <input type="radio"/> oui			
	Cette vente a-t-elle été effectuée par l'entremise du site empirevie.ca? <input type="radio"/> oui			
	Nom du spécialiste/conseiller pour l'assurance (prénom, second prénom, nom de famille)	Code du conseiller	Numéro de téléphone d'affaires	
<b>11.3 Renseignements sur l'achat</b>	Quelle est la source des fonds (par ex., héritage, vente d'une propriété)?			
	Cette vente respecte-t-elle la règle des cas à capital assuré élevé?* <input type="radio"/> oui – avez-vous reçu l'approbation du siège social*? <input type="radio"/> oui * L'Empire Vie ne traitera pas la proposition jusqu'à ce qu'elle reçoive l'approbation du siège social pour les ventes qui respectent la règle des cas à capital assuré élevé.			
	Qui a demandé cette proposition? <input type="radio"/> Conseiller attitré <input type="radio"/> Titulaire <input type="radio"/> Autre conseiller <input type="radio"/> Assuré <input type="radio"/> Autre : _____			
	Cette police est-elle achetée dans le but d'effectuer un transfert de propriété? <input type="radio"/> oui – veuillez préciser :			
Quels membres de notre équipe des ventes, Assurance, ont assisté à la vente (s'il y a lieu)?				
<b>11.4 Divulgence des renseignements</b>	Connaissez-vous une information qui n'est pas divulguée dans la présente proposition et qui pourrait influencer l'assurabilité d'un assuré? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non - Si « oui », veuillez préciser :			
	Avez-vous rencontré le titulaire ou tout assuré en personne? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non*			
	Avez-vous rempli une analyse des besoins de l'acheteur pour appuyer cette proposition? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Au Québec, vous devez fournir ces renseignements au client au plus tard à la date de livraison de la police.			
<b>11.5 Lien avec l'assuré</b>	Depuis combien d'années connaissez-vous l'assuré?	Veuillez préciser le lien avec vous, s'il y a lieu.		
<b>11.6 Notes du conseiller</b>				

\* S'il s'agit d'une vente à distance, veuillez utiliser la Proposition d'assurance temporaire dans le cadre d'une vente à distance.

## 11. RAPPORT DU CONSEILLER (SUITE)

<b>11.7 Exigences paramédicales</b>	<p>Veillez ne pas demander d'exigences si l'assuré proposé s'est vu refuser une assurance ou exiger une surprime par le passé ou s'il n'est pas admissible à l'assurance provisoire (pour une raison autre que la restriction maximale de 65 ans) ou est âgé de plus de 75 ans (proposition d'essai).</p> <p>Nom de la société de services paramédicaux et numéro de commande :</p> <p><b>Sélectionnez les exigences d'appréciation des risques que vous avez commandées pour les personnes à assurer (cochez les exigences qui s'appliquent).</b></p> <p> <input type="radio"/> Examen paramédical*    <input type="radio"/> Test d'urine - VIH    <input type="radio"/> Électrocardiogramme (ECG)    <input type="radio"/> ECG d'effort sur tapis roulant  <input type="radio"/> Examen des signes vitaux    <input type="radio"/> Profil sanguin    <input type="radio"/> Examen par un médecin         </p> <p><b>* Vous pouvez remplacer l'examen paramédical par une entrevue téléphonique sur les antécédents personnels et un examen des signes vitaux.</b></p>																	
<b>11.8 Instructions pour l'établissement</b>	<p><input type="radio"/> Établir la police telle qu'approuvée    <input type="radio"/> Retenir la police à établir comportant les renseignements suivants :</p> <table border="1" data-bbox="329 520 1570 674"> <tr> <td data-bbox="329 520 686 562">Numéro de police</td> <td colspan="2" data-bbox="695 520 1570 562">Nom du titulaire de police (prénom, second prénom, nom de famille)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="329 569 686 611"></td> <td colspan="2" data-bbox="695 569 1570 611"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="329 617 686 659"></td> <td colspan="2" data-bbox="695 617 1570 659"></td> </tr> </table>			Numéro de police	Nom du titulaire de police (prénom, second prénom, nom de famille)													
Numéro de police	Nom du titulaire de police (prénom, second prénom, nom de famille)																	
<b>11.9 Détermination des intérêts d'un tiers</b>  Vous devez répondre par « oui » ou par « non » pour tous les régimes. Si la réponse est « oui », remplissez toute la section.	<p><b>Une personne autre que l'assuré ou le titulaire paiera-t-elle les primes ou aura-t-elle un intérêt de propriété dans la police?</b>    <input type="radio"/> oui    <input type="radio"/> non</p> <table border="1" data-bbox="329 737 1570 1094"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="329 737 1211 810">Nom (prénom, second prénom, nom de famille) ou dénomination sociale de la société/l'entité</td> <td data-bbox="1219 737 1570 810">Date de naissance (jj/mm/aaaa)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="329 816 1570 879">Adresse (numéro, rue)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="329 886 987 949">Ville</td> <td data-bbox="995 886 1211 949">Province</td> <td data-bbox="1219 886 1570 949">Code postal</td> </tr> <tr> <td data-bbox="329 955 867 1018">Emploi (si retraité, indiquez l'emploi précédent)</td> <td data-bbox="875 955 1211 1018">Type d'entreprise</td> <td data-bbox="1219 955 1570 1018">Lien avec le titulaire</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="329 1024 1211 1087">Compétence d'enregistrement (par ex., pays, province, territoire)</td> <td data-bbox="1219 1024 1570 1087">Numéro d'enregistrement</td> </tr> </table>			Nom (prénom, second prénom, nom de famille) ou dénomination sociale de la société/l'entité		Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Adresse (numéro, rue)			Ville	Province	Code postal	Emploi (si retraité, indiquez l'emploi précédent)	Type d'entreprise	Lien avec le titulaire	Compétence d'enregistrement (par ex., pays, province, territoire)		Numéro d'enregistrement
Nom (prénom, second prénom, nom de famille) ou dénomination sociale de la société/l'entité		Date de naissance (jj/mm/aaaa)																
Adresse (numéro, rue)																		
Ville	Province	Code postal																
Emploi (si retraité, indiquez l'emploi précédent)	Type d'entreprise	Lien avec le titulaire																
Compétence d'enregistrement (par ex., pays, province, territoire)		Numéro d'enregistrement																
<b>11.10 Signature de tout conseiller détenteur d'un permis</b>	<p>J'ai fourni à tout titulaire et à tout assuré un énoncé de divulgation qui précise les sociétés que je représente, le fait que je reçoive une rémunération pour la vente de produits d'assurance vie et maladie de ces sociétés, ainsi que la possibilité que je reçoive une rémunération supplémentaire sous forme de boni, de participation à des congrès ou d'autres incitatifs, et tout conflit ou possible conflit d'intérêts.</p> <p>J'ai fourni au titulaire et à l'assuré le nom de tous les agents d'assurance qui auront accès à leurs renseignements personnels et à la police. Ils sont énumérés à la section 11.1.</p> <p>À ma connaissance, les renseignements fournis dans cette proposition sont actuels, exacts et complets. Je ne suis au courant d'aucune information supplémentaire qui n'a pas été divulguée dans cette proposition d'assurance ou le Rapport du conseiller et qui pourrait avoir une incidence sur l'appréciation des risques et l'acceptation de cette proposition d'assurance.</p> <p>J'ai vérifié l'identité de tout titulaire et tout indice de sa possible citoyenneté américaine et j'ai effectué une détermination des intérêts de tiers, tel qu'il est décrit dans ce Rapport du conseiller.</p> <p>Je sais que l'Empire Vie peut communiquer directement avec tout titulaire de police et/ou assuré.</p> <table border="1" data-bbox="329 1419 1570 1654"> <tr> <td data-bbox="329 1419 1211 1482"><b>Signature du conseiller</b> X</td> <td data-bbox="1219 1419 1570 1482">Date (jj/mm/aaaa)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="329 1488 1211 1551"><b>Signature du maître de stage</b> (s'il y a lieu, au Québec seulement) X</td> <td data-bbox="1219 1488 1570 1551">Date (jj/mm/aaaa)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="329 1558 1211 1654"><b>Signature du conseiller attitré</b> (s'il est différent du conseiller susmentionné) J'ai revu la proposition et le Rapport du conseiller. X</td> <td data-bbox="1219 1558 1570 1654">Date (jj/mm/aaaa)</td> </tr> </table>			<b>Signature du conseiller</b> X	Date (jj/mm/aaaa)	<b>Signature du maître de stage</b> (s'il y a lieu, au Québec seulement) X	Date (jj/mm/aaaa)	<b>Signature du conseiller attitré</b> (s'il est différent du conseiller susmentionné) J'ai revu la proposition et le Rapport du conseiller. X	Date (jj/mm/aaaa)									
<b>Signature du conseiller</b> X	Date (jj/mm/aaaa)																	
<b>Signature du maître de stage</b> (s'il y a lieu, au Québec seulement) X	Date (jj/mm/aaaa)																	
<b>Signature du conseiller attitré</b> (s'il est différent du conseiller susmentionné) J'ai revu la proposition et le Rapport du conseiller. X	Date (jj/mm/aaaa)																	
<b>11.11 Signature de tout adjoint administratif détenteur d'un permis qui a rempli la proposition</b> (s'il y a lieu)	<p><b>Cette section doit être remplie si un adjoint administratif détenteur d'un permis a rempli la proposition, mais qu'il n'a fourni aucun conseil.</b></p> <p>Je, à titre d'adjoint administratif détenteur d'un permis, confirme que, à ma connaissance, les renseignements fournis dans la proposition sont actuels, exacts et complets.</p> <p>Je ne suis au courant d'aucune information supplémentaire qui n'a pas été divulguée dans cette proposition ou le rapport du conseiller et qui pourrait avoir une incidence sur l'appréciation des risques et l'acceptation de cette proposition.</p> <table border="1" data-bbox="329 1829 1570 1961"> <tr> <td data-bbox="329 1829 1211 1892"><b>Signature de l'adjoint administratif détenteur d'un permis</b> X</td> <td data-bbox="1219 1829 1570 1892">Date (jj/mm/aaaa)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="329 1898 1570 1961">Nom de l'adjoint administratif détenteur d'un permis</td> </tr> </table>			<b>Signature de l'adjoint administratif détenteur d'un permis</b> X	Date (jj/mm/aaaa)	Nom de l'adjoint administratif détenteur d'un permis												
<b>Signature de l'adjoint administratif détenteur d'un permis</b> X	Date (jj/mm/aaaa)																	
Nom de l'adjoint administratif détenteur d'un permis																		

## À REMETTRE AU TITULAIRE DE POLICE ET À L'ASSURÉ

### 12. RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS À L'INTENTION DU CONSOMMATEUR

#### Vos renseignements personnels et votre vie privée

L'Empire Vie accorde de l'importance au respect de votre vie privée. Nous conserverons vos renseignements personnels dans un dossier confidentiel à nos bureaux afin d'être en mesure de vous offrir les produits et services de l'Empire Vie. L'information contenue dans votre dossier sera utilisée par l'Empire Vie, ses réassureurs ainsi que leurs agents et leurs représentants, de façon continue afin d'évaluer votre proposition, d'apprécier le risque et d'évaluer toute demande de règlement en vertu de votre police, d'administrer votre police et de répondre à vos questions, de vous fournir les renseignements concernant les produits et les services de l'Empire Vie et de nous aider à constamment améliorer notre service et à élaborer des programmes à l'intention de nos clients.

Nous recueillons votre numéro d'assurance sociale (NAS) au besoin aux fins des déclarations de l'impôt sur le revenu. Nous ne l'utiliserons pas à d'autres fins sans votre consentement.

L'accès à votre dossier est limité aux employés, aux agents, aux représentants et aux tiers fournisseurs de services de l'Empire Vie tel que requis pour accomplir leurs fonctions. L'Empire Vie pourrait utiliser les services de tiers fournisseurs situés à l'extérieur du Canada pour traiter et conserver vos renseignements personnels. Vous-même, ou toute personne que vous aurez autorisée, aurez le droit d'accéder à votre dossier et, s'il y a lieu, de le faire corriger. Vous pouvez également nous demander de ne pas vous transmettre de renseignements au sujet des autres produits et services de l'Empire Vie. Pour ce faire ou pour poser des questions concernant la cueillette de vos renseignements personnels, nous vous prions de faire parvenir votre demande écrite à l'Empire Vie à l'adresse indiquée ci-dessous. Pour accéder à une copie de la plus récente version de notre Politique en matière de protection des renseignements personnels, veuillez visiter notre site à [www.empire.ca](http://www.empire.ca).

#### Préavis concernant MIB, Inc. (MIB)

Sauf lorsque la loi l'exige, nous traiterons les renseignements concernant votre assurabilité de manière strictement confidentielle. L'Empire Vie ou ses réassureurs peuvent cependant en faire un bref rapport au MIB. Le MIB est un organisme sans but lucratif dont font partie les assureurs vie qui s'occupe de l'échange de renseignements pour le compte de ses membres. Si vous demandez une assurance vie, maladie ou invalidité auprès d'une autre société membre du MIB, ou que vous soumettez une demande de règlement à cette autre société, le MIB donnera à cette société, si elle le demande, les renseignements qu'il a versés à son dossier.

Si vous lui en faites la demande, le MIB vous donnera tous les renseignements qu'il a dans votre dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements que renferme le dossier du MIB, vous pouvez communiquer avec celui-ci pour rectification.

L'adresse du centre de renseignements du MIB est la suivante :

MIB, Inc.  
330, avenue University, bureau 501  
Toronto ON M5G 1R7  
Téléphone : 416 597-0590  
Site Web : [www.mib.com](http://www.mib.com)

L'Empire Vie ou ses réassureurs peuvent communiquer des renseignements de leurs dossiers à d'autres assureurs vie auxquels vous vous adressez pour obtenir de l'assurance vie, maladie ou invalidité ou demander des indemnités.

#### Avis concernant le rapport de consommateur et avis d'enquête personnelle

L'Empire Vie pourrait demander un rapport de consommateur sur votre situation ou mener une enquête personnelle sur votre situation concernant la proposition d'assurance dans le cadre du processus d'appréciation des risques. Une personne autorisée communiquera avec vous par téléphone pour obtenir vos renseignements personnels et financiers si un rapport de consommateur ou une enquête personnelle est nécessaire. Ces renseignements serviront uniquement à l'évaluation de votre proposition d'assurance. L'entrevue sera réalisée à une heure qui vous conviendra. L'Empire Vie traitera tous les renseignements personnels qu'elle aura reçus de manière strictement confidentielle. Ces renseignements seront utilisés et communiqués aux seules fins indiquées, conformément aux lois applicables sur la protection des renseignements personnels ou à votre consentement.

Vous pouvez demander l'accès à vos renseignements personnels recueillis dans le rapport de consommateur ou l'enquête personnelle en écrivant à l'adresse suivante :

CHEF DE LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS  
L'EMPIRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE  
C.P. 1000  
Kingston ON K7L 4Y4

## À REMETTRE AU TITULAIRE DE POLICE

### 13. CONVENTION D'ASSURANCE PROVISOIRE

**Cette convention d'assurance provisoire (convention) prend effet seulement si toutes les conditions énoncées ci-dessous et dans la demande d'assurance provisoire qui porte le même numéro de proposition que cette convention sont remplies.**

La convention offre une protection d'un montant et d'une durée limités si toutes les conditions sont respectées. Aucun conseiller n'a le droit de déroger aux conditions de cette convention, ni de les modifier. Toute assurance que fournit L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie) aux termes de la présente convention est régie par les dispositions standards de la police, y compris les définitions et les exclusions qui seraient applicables à l'assurance si la police que vous avez demandée avait été établie et avait pris effet à la date de la signature de la proposition. Toutefois, si une disposition de la présente convention n'est pas conforme à une disposition de la police, la disposition de la présente convention prévaut.

La protection maximale pour chaque personne à assurer aux termes de la présente convention et de toutes les conventions d'assurance provisoire (incluant tous les certificats d'assurance temporaire) en vigueur correspond au moindre des montants suivants :

- le montant total d'assurance demandée; ou
- 500 000 \$, y compris toute protection en cas de décès ou mutilation accidentels (DMA) et en cas de maladies graves (MG).

**Aucune protection n'est offerte à tout assuré proposé en vertu de la présente convention si :**

- une personne à assurer est âgée de plus de 65 ans;
- une personne à assurer est âgée de moins de 15 jours;
- l'on a répondu « Oui » à l'une des questions de la demande d'assurance provisoire ou laissé un blanc en guise de réponse;
- la convention ou la demande d'assurance provisoire, dont elle fait partie intégrante, contiennent des fausses déclarations importantes ou une non-divulgateion de faits importants;
- une personne à assurer a reçu un diagnostic de cancer en vertu de la définition de maladies graves;
- une personne à assurer a reçu tout autre diagnostic de maladie grave définie et décède à la suite de cette maladie dans les 30 jours qui suivent le diagnostic;
- un chèque soumis avec la proposition et cette convention pour le paiement des primes n'est pas honoré sur présentation;
- une quelconque portion de la protection demandée résulte d'une transformation complète ou partielle ou constitue l'exercice d'une option d'assurabilité garantie à partir d'une police de l'Empire Vie existante; ou
- toute portion de la protection demandée a pour objet de remplacer une protection ou une police existante de l'Empire Vie.

#### Restrictions

- Pendant que la présente convention est en vigueur, si le décès ou la maladie grave couverte de toute personne à assurer résulte directement ou indirectement d'une condition liée à la drogue ou à l'alcool, d'un suicide, d'une blessure ou d'une maladie auto-infligée, que la personne à assurer soit saine d'esprit ou non, la responsabilité de l'Empire Vie se limite au remboursement du total des primes payées.
- Aux termes de la présente convention, une protection en cas de maladies graves, s'il y a lieu, ne s'applique pas dans le cas d'un cancer, d'une tumeur cérébrale bénigne, de la sclérose en plaques, de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson, d'une greffe d'un organe vital, ni des garanties d'exonération des primes ou de remboursement de primes.
- Dans le cas des polices conjointes payables au deuxième ou au dernier décès, la protection aux termes de cette convention s'applique seulement lors du décès de la personne à assurer qui décède en dernier lieu.
- Dans le cas des polices conjointes payables au premier décès, la protection aux termes de cette convention s'applique seulement lors du décès de la personne à assurer qui décède en premier lieu is received by Empire Life.

#### Prise d'effet de l'assurance provisoire

L'assurance provisoire aux termes de la présente convention prend effet à la date à laquelle les événements suivants se produisent, à condition qu'ils se produisent simultanément :

- la proposition d'assurance portant le même numéro de police que la présente convention est remplie au complet et signée;
- la présente convention est donnée en échange du paiement d'un montant correspondant au moins à une prime mensuelle pour toutes les protections demandées.

#### Cessation de l'assurance provisoire

L'assurance provisoire que procure la présente convention prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle l'assurance pour la police demandée prend effet;
- la date à laquelle l'Empire Vie offre au titulaire une police autre que celle demandée;
- la date à laquelle l'Empire Vie poste un avis de cessation d'assurance provisoire au titulaire;
- la date à laquelle l'Empire Vie poste un avis au titulaire selon lequel elle refuse d'établir la police demandée et rembourse toute somme versée aux termes de la présente convention;
- la date à laquelle le titulaire demande le retrait de la proposition d'assurance;
- quatre-vingt-dix (90) jours après la date d'effet de la protection aux termes de la présente convention.

#### Reçu

Ce reçu doit être rempli seulement lorsqu'un paiement de prime valide est effectué pour une convention d'assurance provisoire, conformément aux conditions prévues ci-dessus et dans la demande d'assurance provisoire qui porte le même numéro de proposition que la convention. Montant du paiement à l'ordre de l'Empire Vie reçu pour une proposition d'assurance : \_\_\_\_\_ \$ NE remplissez PAS ce reçu si l'une des réponses de la demande d'assurance provisoire qui porte le même numéro de proposition est « oui » ou a été laissée en blanc.

#### Conditions de paiement

Pour qu'un paiement soit valide dans le cadre de toute convention d'assurance provisoire, en plus des dispositions stipulées dans la convention d'assurance provisoire, il doit respecter les conditions suivantes :

- le montant du paiement reçu doit être égal ou supérieur à une prime mensuelle pour la police que vous avez demandée dans la proposition;
- le paiement visé par ce reçu doit être effectué au plus tard à la date à laquelle la proposition d'assurance et la demande d'assurance provisoire sont dûment remplies et signées par le titulaire et chaque personne à assurer;
- tout paiement postdaté, paiement par débits préautorisés ou paiement effectué à une date ultérieure à la signature de la proposition n'est pas valide en ce qui concerne une convention d'assurance provisoire;
- tout chèque soumis avec cette proposition doit être honoré la première fois que l'Empire Vie le présente pour encaissement.

<sup>MD</sup> Marque déposée de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. <sup>MC</sup> Marque de commerce de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.