

# PROPOSITION D'ASSURANCE DANS LE CADRE D'UNE VENTE À DISTANCE



## Liste de vérification (à remplir et à soumettre avec la proposition)

- Le paiement de la prime initiale est soumis avec la proposition (s'il y a lieu).
- L'information bancaire a été soumise pour les paiements par débits préautorisés (s'il y a lieu).
- J'ai préparé chaque assuré à l'entrevue téléphonique sur les antécédents personnels.
- La section « Détermination des intérêts de tiers » a été remplie par le conseiller.
- Le questionnaire relatif à la FATCA a été rempli, s'il s'agit d'une proposition pour une protection Solution 100 (section 1.7).
- J'ai fourni au titulaire proposé et à l'assuré la page « **Renseignements importants à l'intention du consommateur** » (section 10).
- J'ai vérifié la proposition afin de m'assurer qu'elle est dûment remplie et signée.
- Un tiers indépendant a signé comme témoin de la signature du titulaire proposé et de l'assuré.

Les polices sont établies par :

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie

Veillez envoyer la copie dûment signée à :

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

**empire.ca • 1 800 561-1268**



# QUESTIONNAIRE SUR L'EXPOSITION À LA COVID-19 (CORONAVIRUS)

Nom de l'assuré	Numéro de police
-----------------	------------------

## **Veillez répondre aux questions suivantes en fournissant le plus de détails possible :**

1. Êtes-vous (ou avez-vous été) en contact rapproché avec une personne placée en quarantaine ou à qui on a diagnostiqué la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)?  oui  non - Si oui, veuillez fournir les détails :

2. Avez-vous dû vous placer en quarantaine en raison d'une exposition possible à la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)?  oui  non - Si oui, veuillez fournir les dates et les lieux de cette exposition :

3. Vous a-t-on recommandé de subir un test afin de confirmer ou d'infirmer un diagnostic de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)?  
Ou encore, attendez-vous les résultats d'un test que vous avez déjà passé pour la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)?  oui  non

4. Avez-vous déjà reçu un résultat positif à un test de dépistage de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)?  oui  non  
Si oui, veuillez fournir la date du diagnostic positif :

5. Avez-vous ressenti tout symptôme parmi les suivants au cours des 14 derniers jours?

- Fièvre
- Toux
- Essoufflement
- Fatigue rappelant la grippe
- Rhinorrhée (écoulement de mucus du nez)
- Mal de gorge
- Symptômes gastro-intestinaux : nausée, vomissements et/ou diarrhée

Si oui, veuillez préciser lequel (lesquels) et fournir des détails :

6. Déclaration de voyage

a) Veuillez fournir les détails sur les voyages effectués au cours des 14 derniers jours :

Pays	Ville	Date d'arrivée	Date de départ

b) Veuillez indiquer tous les détails de vos plans de voyage prévus dans les 30 prochains jours :

Pays	Ville	Date d'arrivée	Durée prévue

7. Êtes-vous présentement en bonne santé?  oui  non

## **DÉCLARATION**

Je confirme que les réponses que j'ai fournies sont véridiques à ma connaissance et que je n'ai omis aucune information importante de nature à influencer l'évaluation ou l'acceptation de cette proposition. J'accepte que ce formulaire fasse partie intégrante de ma proposition d'assurance et que l'omission de divulguer tout fait important dont j'ai connaissance puisse invalider mon assurance.

<b>Signature de l'assuré</b> X	Signé à	Date
-----------------------------------	---------	------

## Renseignements importants à lire avant de remplir cette proposition :

*Le masculin singulier est utilisé comme générique pour désigner des personnes, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.*

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.

Le titulaire et l'assuré sont responsables de l'intégralité et de l'exactitude des renseignements dans la proposition et dans tout autre questionnaire ou formulaire lié à cette proposition. **Cependant, ne fournissez aucun renseignement concernant un test génétique, que ce soit dans cette proposition ou dans tout autre questionnaire ou formulaire.**

**Le titulaire et l'assuré doivent remplir cette proposition avec l'aide d'un agent d'assurance autorisé de leur choix (le « conseiller »).**

**Le conseiller doit détenir un permis dans la province où chaque titulaire signe la proposition, ainsi que dans la province où chaque assuré signe la proposition, s'il la signe en Ontario, au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest ou au Yukon.**

Cette proposition s'applique uniquement à la Série Solution, à la Protection MG et à la Protection MG Plus de l'Empire Vie et à un assuré dont l'âge tarifé est de 18 à 65 ans. Aucune option d'avenant de protection vie pour enfants, de protection maladies graves pour enfants, ni d'exonération des primes pour le payeur n'est offerte.

Le montant de protection maximal permis avec cette proposition est de 2 500 000 \$ d'assurance vie, de 75 000 \$ d'assurance en cas de maladies graves Protection MG de l'Empire Vie et de 300 000 \$ d'assurance en cas de maladies graves Protection MG Plus de l'Empire Vie, par assuré.

**Cette proposition ne comprend aucune question sur les renseignements médicaux. L'Empire Vie commandera une entrevue téléphonique sur les antécédents personnels pour obtenir l'information requise ainsi que toute autre exigence relative à l'âge ou au montant.**

Aucune assurance provisoire n'est offerte avec cette proposition.

Cette proposition peut être utilisée uniquement dans le cadre d'une propriété personnelle ou d'une entreprise individuelle.

L'assuré doit être un résident permanent du Canada.

# 1. RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

Cette proposition est-elle liée à une autre proposition?  non  oui - indiquer le n° de proposition : \_\_\_\_\_

<b>I.1 Langue</b>	Si la langue n'est pas précisée, nous communiquerons dans la langue de cette proposition. <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais			
<b>I.2 Objectif de l'assurance</b>	<input type="radio"/> Besoins personnels (p. ex., remplacement d'un revenu, préservation du patrimoine, prêt hypothécaire, derniers frais, protection des enfants, etc.) <input type="radio"/> Prêt personnel (autre qu'une hypothèque sur une résidence principale) <input type="radio"/> Personne clé <input type="radio"/> Garantie sur un prêt commercial <input type="radio"/> Convention d'achat-vente <input type="radio"/> Autre _____			
<b>I.3 Assuré</b>	<b>Assuré 1</b>			
<p><b>L'âge tarifé de tout assuré doit être de 18 à 65 ans inclusivement.</b></p> <p>* Requis uniquement si l'assuré est le titulaire et qu'il demande une Solution 100.</p> <p>** 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.</p> <p>*** Nous pourrions utiliser les adresses de courriel fournies afin de communiquer avec vous à propos de cette proposition. Chaque titulaire et chaque assuré doivent fournir une adresse de courriel différente. Pour les enfants assurés, nous demandons l'adresse de courriel du parent ou du tuteur légal qui signera la proposition.</p> <p>± Si la personne est retraitée ou sans emploi, indiquez l'emploi précédent.</p> <p>±± Dressez la liste des fonctions professionnelles. Si la personne est un travailleur autonome, précisez la nature de l'entreprise.</p>	Prénom	Initiale	Nom de famille	
	Adresse (numéro, rue) (Si vous utilisez une case postale, veuillez également fournir une adresse physique.)			
	Ville		Province	Code postal
	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	N° d'assurance sociale*	
	Pays natal		État civil : <input type="radio"/> marié <input type="radio"/> célibataire <input type="radio"/> conjoint de fait <input type="radio"/> veuf <input type="radio"/> séparé <input type="radio"/> divorcé	
	<input type="radio"/> fumeur** <input type="radio"/> non-fumeur	N° de téléphone principal       -       -	Autre n° de téléphone       -	
	Adresse de courriel***			
	Nom de l'employeur			
	Emploi±			
	Est-ce que vos tâches professionnelles comprennent :			
<input type="radio"/> Service militaire <input type="radio"/> Aviation <input type="radio"/> Pêche hauturière <input type="radio"/> Exploitation pétrolière et gazière au large des côtes <input type="radio"/> Sport professionnel/divertissement <input type="radio"/> Plongée professionnelle <input type="radio"/> Secteur forestier <input type="radio"/> Aucune de ces réponses				
Détails de l'emploi±±				
<b>Assuré 2</b>				
Prénom	Initiale	Nom de famille		
Adresse (numéro, rue) (Si vous utilisez une case postale, veuillez également fournir une adresse physique.)				
Ville		Province	Code postal	
<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	N° d'assurance sociale*		
Pays natal		État civil : <input type="radio"/> marié <input type="radio"/> célibataire <input type="radio"/> conjoint de fait <input type="radio"/> veuf <input type="radio"/> séparé <input type="radio"/> divorcé		
<input type="radio"/> fumeur** <input type="radio"/> non-fumeur	N° de téléphone principal       -       -	Autre n° de téléphone       -		
Adresse de courriel***				
Nom de l'employeur				
Emploi±				
Est-ce que vos tâches professionnelles comprennent :				
<input type="radio"/> Service militaire <input type="radio"/> Aviation <input type="radio"/> Pêche hauturière <input type="radio"/> Exploitation pétrolière et gazière au large des côtes <input type="radio"/> Sport professionnel/divertissement <input type="radio"/> Plongée professionnelle <input type="radio"/> Secteur forestier <input type="radio"/> Aucune de ces réponses				
Détails de l'emploi±±				

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE (SUITE)

1.4 Statut de résident		Assuré 1	Assuré 2	
<p><b>Veillez utiliser cette proposition uniquement si l'assuré est un résident permanent du Canada.</b></p>	<p><b>A) Quel est votre statut de résidence?</b></p>	<p><input type="radio"/> Citoyen canadien</p> <p><input type="radio"/> Résident permanent</p> <p><input type="radio"/> Autre _____</p> <p>Depuis combien de temps vivez-vous au Canada?</p> <p><input type="radio"/> moins de 12 mois</p> <p><input type="radio"/> plus de 12 mois</p>	<p><input type="radio"/> Citoyen canadien</p> <p><input type="radio"/> Résident permanent</p> <p><input type="radio"/> Autre _____</p> <p>Depuis combien de temps vivez-vous au Canada?</p> <p><input type="radio"/> moins de 12 mois</p> <p><input type="radio"/> plus de 12 mois</p>	
	<p><b>B) Êtes-vous résident canadien aux fins de l'impôt sur le revenu canadien?</b></p>	<p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>	<p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>	
<p><b>1.5 Titulaire</b></p> <p><b>À remplir seulement si le titulaire n'est pas un assuré désigné à la section 1.3. Sauf indication contraire, le titulaire sera l'assuré 1.</b></p> <p>Les titulaires conjoints détiennent la police conjointement avec un droit de survie, sauf au Québec ou à moins d'avis contraire.</p> <p>Au Québec, les titulaires conjoints qui souhaitent obtenir la même portée juridique que le droit de survie doivent se désigner l'un l'autre en tant que titulaire subrogé.</p> <p>* Requis uniquement si l'assuré est le titulaire et qu'il demande une Solution 100.</p> <p>** Nous pourrions utiliser les adresses de courriel fournies afin de communiquer avec vous à propos de cette proposition.</p> <p>*** Si la personne est retraitée, indiquez l'emploi précédent. Si elle est un travailleur autonome, veuillez préciser la nature de l'entreprise. Si la personne est sans emploi, veuillez en spécifier la raison.</p>	<p><input type="radio"/> Assuré 1 <input type="radio"/> Assuré 2 <input type="radio"/> Titulaires conjoints – sont-ils des époux? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p><input type="radio"/> Société ou autre entité – remplissez le formulaire C-0044</p> <p><input type="radio"/> Autre : _____</p>			
	<p><b>Titulaire 1</b></p>			
	Prénom	Initiale	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	
	Adresse (numéro, rue) (Si vous utilisez une case postale, veuillez également fournir une adresse physique.)			
	Ville		Province	Code postal
	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a		N° d'assurance sociale*
	N° de téléphone principal		Autre n° de téléphone	
	Adresse de courriel**			
	Lien avec l'assuré			
	Nom de l'employeur			
<p>Est-ce que vos tâches professionnelles comprennent :</p> <p><input type="radio"/> Service militaire <input type="radio"/> Aviation <input type="radio"/> Pêche hauturière <input type="radio"/> Exploitation pétrolière et gazière au large des côtes</p> <p><input type="radio"/> Sport professionnel/divertissement <input type="radio"/> Plongée professionnelle <input type="radio"/> Secteur forestier <input type="radio"/> Aucune de ces réponses</p>				
Emploi***				

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE (SUITE)

<p><b>1.5 Titulaire (suite)</b></p> <p><b>À remplir seulement si le titulaire n'est pas un assuré désigné à la section 1.3. Sauf indication contraire, le titulaire sera l'assuré 1.</b></p> <p>Les titulaires conjoints détiennent la police conjointement avec un droit de survie, sauf au Québec ou à moins d'avis contraire.</p> <p>Au Québec, les titulaires conjoints qui souhaitent obtenir la même portée juridique que le droit de survie doivent se désigner l'un l'autre en tant que titulaire subrogé.</p> <p>* Requis uniquement si l'assuré est le titulaire et qu'il demande une Solution 100.</p> <p>** Nous pourrions utiliser les adresses de courriel fournies afin de communiquer avec vous à propos de cette proposition.</p> <p>*** Si la personne est retraitée, indiquez l'emploi précédent. Si elle est un travailleur autonome, veuillez préciser la nature de l'entreprise. Si la personne est sans emploi, veuillez en spécifier la raison.</p>	<p><b>Titulaire 2</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Prénom</td> <td>Initiale</td> <td>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Adresse (numéro, rue) (Si vous utilisez une case postale, veuillez également fournir une adresse physique.)</td> </tr> <tr> <td>Ville</td> <td>Province</td> <td>Code postal</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Homme</td> <td>Date de naissance</td> <td>N° d'assurance sociale*</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Femme</td> <td>  j   j   -   m   m   -   a   a   a   a  </td> <td></td> </tr> <tr> <td>N° de téléphone principal</td> <td colspan="2">Autre n° de téléphone</td> </tr> <tr> <td>      -       -      </td> <td colspan="2">      -       -      </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Adresse de courriel**</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Lien avec l'assuré</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Nom de l'employeur</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Est-ce que vos tâches professionnelles comprennent :</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="radio"/> Service militaire   <input type="radio"/> Aviation   <input type="radio"/> Pêche hauturière   <input type="radio"/> Exploitation pétrolière et gazière au large des côtes  <input type="radio"/> Sport professionnel/divertissement   <input type="radio"/> Plongée professionnelle   <input type="radio"/> Secteur forestier   <input type="radio"/> Aucune de ces réponses         </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Emploi***</td> </tr> </table>	Prénom	Initiale	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	Adresse (numéro, rue) (Si vous utilisez une case postale, veuillez également fournir une adresse physique.)			Ville	Province	Code postal	<input type="radio"/> Homme	Date de naissance	N° d'assurance sociale*	<input type="radio"/> Femme	j   j   -   m   m   -   a   a   a   a		N° de téléphone principal	Autre n° de téléphone		-       -	-       -		Adresse de courriel**			Lien avec l'assuré			Nom de l'employeur			Est-ce que vos tâches professionnelles comprennent :			<input type="radio"/> Service militaire <input type="radio"/> Aviation <input type="radio"/> Pêche hauturière <input type="radio"/> Exploitation pétrolière et gazière au large des côtes <input type="radio"/> Sport professionnel/divertissement <input type="radio"/> Plongée professionnelle <input type="radio"/> Secteur forestier <input type="radio"/> Aucune de ces réponses			Emploi***		
Prénom	Initiale	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité																																						
Adresse (numéro, rue) (Si vous utilisez une case postale, veuillez également fournir une adresse physique.)																																								
Ville	Province	Code postal																																						
<input type="radio"/> Homme	Date de naissance	N° d'assurance sociale*																																						
<input type="radio"/> Femme	j   j   -   m   m   -   a   a   a   a																																							
N° de téléphone principal	Autre n° de téléphone																																							
-       -	-       -																																							
Adresse de courriel**																																								
Lien avec l'assuré																																								
Nom de l'employeur																																								
Est-ce que vos tâches professionnelles comprennent :																																								
<input type="radio"/> Service militaire <input type="radio"/> Aviation <input type="radio"/> Pêche hauturière <input type="radio"/> Exploitation pétrolière et gazière au large des côtes <input type="radio"/> Sport professionnel/divertissement <input type="radio"/> Plongée professionnelle <input type="radio"/> Secteur forestier <input type="radio"/> Aucune de ces réponses																																								
Emploi***																																								
<p><b>1.6 Titulaire subsidiaire/subrogé</b></p>	<p><b>Titulaire subsidiaire (toutes les provinces, sauf le Québec)</b></p> <p>Si le titulaire décède avant l'assuré ou que la police est détenue conjointement sans droit de survie, le titulaire subsidiaire devient le titulaire, ou s'il n'y a aucun titulaire subsidiaire, l'assuré deviendra le titulaire.</p> <table border="1"> <tr> <td>Prénom</td> <td>Initiale</td> <td>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Date de naissance</td> <td>Lien avec le titulaire ou l'assuré</td> </tr> <tr> <td colspan="2">  j   j   -   m   m   -   a   a   a   a  </td> <td>     </td> </tr> </table> <p><b>Titulaire subrogé (au Québec)</b></p> <p>Au Québec, le titulaire subrogé d'un titulaire deviendra le titulaire si le titulaire désigné décède. Si l'on n'a pas désigné de titulaire subrogé, tout assuré deviendra le titulaire. Pour les polices détenues conjointement, si aucun titulaire subrogé n'est désigné, l'assuré devient titulaire conjointement avec le titulaire survivant.</p> <table border="1"> <tr> <td>Prénom</td> <td>Initiale</td> <td>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Date de naissance</td> <td>Lien avec le titulaire ou l'assuré</td> </tr> <tr> <td colspan="2">  j   j   -   m   m   -   a   a   a   a  </td> <td>     </td> </tr> </table> <p><b>Québec seulement :</b> <input type="radio"/> En tant que titulaire 1, je désigne le titulaire 2 en tant que titulaire subrogé.  <input type="radio"/> En tant que titulaire 2, je désigne le titulaire 1 en tant que titulaire subrogé.</p>	Prénom	Initiale	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	Date de naissance		Lien avec le titulaire ou l'assuré	j   j   -   m   m   -   a   a   a   a			Prénom	Initiale	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	Date de naissance		Lien avec le titulaire ou l'assuré	j   j   -   m   m   -   a   a   a   a																							
Prénom	Initiale	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité																																						
Date de naissance		Lien avec le titulaire ou l'assuré																																						
j   j   -   m   m   -   a   a   a   a																																								
Prénom	Initiale	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité																																						
Date de naissance		Lien avec le titulaire ou l'assuré																																						
j   j   -   m   m   -   a   a   a   a																																								

# 1. RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE (SUITE)

## 1.7 Accord international sur l'échange d'information fiscale (FATCA/NCD)

\* Requis uniquement si vous demandez une Solution 100.

Vous devez joindre une photocopie d'une pièce d'identité émise par un gouvernement comme preuve de votre statut de résidence (p. ex., passeport ou permis de conduire).

\*\* Un membre de votre famille correspond à un enfant, une mère, un père, un époux ou conjoint uni civilement ou 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.

\*\*\* Une personne étroitement associée au titulaire est une personne avec qui le titulaire a un fort lien, que ce soit pour des raisons professionnelles ou personnelles.

± Le dirigeant d'une organisation internationale est la personne principalement responsable de la direction de l'organisation, tel qu'un président ou un chef de la direction.

±± Une organisation internationale est établie par les gouvernements de plusieurs pays au moyen d'un accord officiel signé par les gouvernements. P. ex., la Banque mondiale, le Fonds monétaire international, l'Organisation mondiale de la santé, le Forum international de l'énergie et la Cour pénale internationale.

<b>Titulaire 1</b>	<p><b>De quel pays êtes-vous résident aux fins de l'impôt?*</b> (Veuillez cocher tout ce qui s'applique)</p> <p><input type="radio"/> Canada</p> <p><input type="radio"/> États-Unis (résident ou citoyen) – numéro d'identification fiscale (TIN) : _____</p> <p>Si vous n'avez pas de TIN américain, en avez-vous déjà demandé un? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p><input type="radio"/> Autre – précisez le pays : _____ TIN : _____</p> <p><b>Si vous n'avez pas de TIN, veuillez en spécifier la raison :</b></p> <p><input type="radio"/> J'effectuerai une demande, ou j'ai déjà effectué une demande, mais je n'ai pas encore reçu mon TIN.</p> <p><input type="radio"/> La juridiction de ma résidence fiscale n'émet pas de TIN pour ses résidents.</p> <p><input type="radio"/> Autre – précisez la raison : _____</p>
<b>Titulaire 2</b>	<p><b>De quel pays êtes-vous résident aux fins de l'impôt?*</b> (Veuillez cocher tout ce qui s'applique)</p> <p><input type="radio"/> Canada</p> <p><input type="radio"/> États-Unis (résident ou citoyen) – numéro d'identification fiscale (TIN) : _____</p> <p>Si vous n'avez pas de TIN américain, en avez-vous déjà demandé un? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p><input type="radio"/> Autre – précisez le pays : _____ TIN : _____</p> <p><b>Si vous n'avez pas de TIN, veuillez en spécifier la raison :</b></p> <p><input type="radio"/> J'effectuerai une demande, ou j'ai déjà effectué une demande, mais je n'ai pas encore reçu mon TIN.</p> <p><input type="radio"/> La juridiction de ma résidence fiscale n'émet pas de TIN pour ses résidents.</p> <p><input type="radio"/> Autre – précisez la raison : _____</p>
<p><b>1. Avez-vous, ou l'un des membres de votre famille** a-t-il, ou l'une des personnes qui vous sont étroitement associées*** a-t-elle déjà :</b></p> <p><b>a) occupé l'un des postes suivants au cours des cinq dernières années au Canada :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gouverneur général, lieutenant-gouverneur, ou chef d'un gouvernement fédéral ou provincial;</li> <li>• membre du Sénat ou de la Chambre des communes, ou membre d'une assemblée législative provinciale;</li> <li>• sous-ministre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement provincial, ou un poste équivalent;</li> <li>• chef d'un organisme gouvernemental fédéral ou provincial;</li> <li>• chef ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative;</li> <li>• maire d'une ville, d'un village ou d'une municipalité rurale ou métropolitaine;</li> <li>• président d'une société détenue en propriété exclusive par Sa Majesté du chef du Canada ou d'une province;</li> <li>• officier militaire avec rang de général ou rang supérieur;</li> <li>• juge d'une cour d'appel provinciale, de la Cour d'appel fédérale ou de la Cour suprême du Canada; ou</li> <li>• ambassadeur ou attaché ou conseiller d'un ambassadeur.</li> </ul> <p><b>b) occupé l'un des postes suivants dans un pays autre que le Canada?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chef d'État ou de gouvernement;</li> <li>• membre du conseil exécutif de gouvernement ou d'une assemblée législative;</li> <li>• chef ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative;</li> <li>• sous-ministre ou titulaire d'une charge de rang équivalent;</li> <li>• dirigeant d'une agence gouvernementale;</li> <li>• officier militaire avec rang de général ou rang supérieur;</li> <li>• juge;</li> <li>• président d'une banque ou d'une société d'État; ou</li> <li>• ambassadeur ou attaché ou conseiller d'un ambassadeur.</li> </ul> <p><b>2. Êtes-vous, ou l'un des membres de votre famille** est-il, ou l'une des personnes qui vous sont étroitement associées*** est-elle le dirigeant d'une organisation internationale± ou d'une organisation établie par une organisation internationale?±±</b></p> <p><b>Titulaire 1</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez fournir des détails : _____</p> <p><b>Titulaire 2</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez fournir des détails : _____</p>	

## 2. RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

### Renseignements financiers personnels

<b>2.1 Renseignements financiers</b>  * Si « aucun », veuillez inscrire le revenu familial.	<b>A) Assuré 1</b>				<b>A) Assuré 2</b>			
	Revenu annuel gagné				Revenu annuel gagné			
	\$				\$			
	Revenu annuel d'autres sources*				Revenu annuel d'autres sources*			
	\$				\$			
Indiquez les autres sources de revenu				Indiquez les autres sources de revenu :				
<b>B) Valeur nette approximative (actifs moins passifs)</b>				<b>B) Valeur nette approximative (actifs moins passifs)</b>				
\$				\$				
<b>C) Avez-vous déclaré faillite sur le plan personnel ou professionnel au cours des cinq (5) dernières années?</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				<b>C) Avez-vous déclaré faillite sur le plan personnel ou professionnel au cours des cinq (5) dernières années?</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				
Si « oui », indiquez la date de libération				Si « oui », indiquez la date de libération				
j   j   -   m   m   -   a   a   a   a				j   j   -   m   m   -   a   a   a   a				
<b>2.2 Assurance en vigueur</b>  Si la protection demandée a pour but de remplacer une police d'assurance en vigueur ou résiliée dans les six derniers mois, <b>vous devez remplir un formulaire provincial de remplacement.</b>	<b>Assuré 1</b>				<b>Assuré 2</b>			
	Dressez la liste de toute assurance vie ( <b>Vie</b> ), maladies graves ( <b>MG</b> ), décès et mutilation accidentels ( <b>DMA</b> ) ou invalidité individuelle ( <b>II</b> ) en vigueur				Dressez la liste de toute assurance vie ( <b>Vie</b> ), maladies graves ( <b>MG</b> ), décès et mutilation accidentels ( <b>DMA</b> ) ou invalidité individuelle ( <b>II</b> ) en vigueur			
	<input type="radio"/> <b>Aucune protection en vigueur</b>				<input type="radio"/> <b>Aucune protection en vigueur</b>			
	<b>Type de régime</b>	<b>Montant</b>	<b>Personnelle ou Professionnelle</b>	<b>Remplacer?</b>	<b>Type de régime</b>	<b>Montant</b>	<b>Personnelle ou Professionnelle</b>	<b>Remplacer?</b>
	<input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG <input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II	\$	<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Professionnelle	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG <input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II	\$	<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Professionnelle	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG <input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II	\$	<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Professionnelle	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG <input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II	\$	<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Professionnelle	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
<input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG <input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II	\$	<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Professionnelle	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG <input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II	\$	<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Professionnelle	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
<b>2.3 Assurance en suspens</b>  Si la protection demandée a pour but de remplacer une police d'assurance en vigueur ou résiliée dans les six derniers mois, <b>vous devez remplir un formulaire provincial de remplacement.</b>	Dressez la liste de toute assurance vie ( <b>Vie</b> ), maladies graves ( <b>MG</b> ), décès et mutilation accidentels ( <b>DMA</b> ) ou invalidité individuelle ( <b>II</b> ) en suspens				Dressez la liste de toute assurance vie ( <b>Vie</b> ), maladies graves ( <b>MG</b> ), décès et mutilation accidentels ( <b>DMA</b> ) ou invalidité individuelle ( <b>II</b> ) en suspens			
	<input type="radio"/> <b>Aucune protection en suspens</b>				<input type="radio"/> <b>Aucune protection en suspens</b>			
	<b>Type de régime</b>	<b>Montant</b>	<b>Personnelle ou Professionnelle</b>	<b>Assureur</b>	<b>Type de régime</b>	<b>Montant</b>	<b>Personnelle ou Professionnelle</b>	<b>Assureur</b>
	<input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG <input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II	\$	<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Professionnelle		<input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG <input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II	\$	<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Professionnelle	
	<input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG <input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II	\$	<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Professionnelle		<input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG <input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II	\$	<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Professionnelle	
<b>Montant d'assurance total demandé auprès de tous les assureurs :</b>				<b>Montant d'assurance total demandé auprès de tous les assureurs :</b>				
<b>Vie</b>	<b>MG</b>	<b>II</b>	<b>DMA</b>	<b>Vie</b>	<b>MG</b>	<b>II</b>	<b>DMA</b>	
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	

### Renseignements financiers de l'entreprise (entreprise individuelle uniquement)

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 9.4 « Rapport du conseiller » et à la section 9.9 « Détermination des intérêts de tiers » si l'entreprise prévoit être le titulaire.

<b>2.3 Détails de l'entreprise individuelle</b>	Type d'entreprise				Nombre d'années d'exploitation de l'entreprise			
<b>2.4 Valeur de l'entreprise individuelle</b>	Actifs		Passifs		Valeur nette			
	\$		\$		\$			
<b>2.5 Faillite</b>	L'entreprise a-t-elle déjà déclaré faillite? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui – date de quittance :				j   j   -   m   m   -   a   a   a   a			



## 4. RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE (SUITE)

Bénéficiaire pour l'assuré 2 des prestations payables au décès de l'assuré (y compris pour toute protection en cas de maladies graves)			
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré; au Québec, lien avec le titulaire			<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré; au Québec, lien avec le titulaire			<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré; au Québec, lien avec le titulaire			<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré; au Québec, lien avec le titulaire			<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
Bénéficiaire pour l'assuré 1 des prestations en cas de maladie grave payables du vivant de l'assuré*			
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré; au Québec, lien avec le titulaire			<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré; au Québec, lien avec le titulaire			<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
Bénéficiaire pour l'assuré 2 des prestations en cas de maladie grave payables du vivant de l'assuré*			
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré; au Québec, lien avec le titulaire			<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré; au Québec, lien avec le titulaire			<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
Fiduciaire pour tout bénéficiaire mineur désigné ci-dessus			
Prénom	Initiale	Nom de famille	

\* Remplissez cette section pour désigner un ou des bénéficiaire(s) devant recevoir les prestations payables en vertu de votre police/avenant en cas de maladies graves, là où la loi le permet (actuellement au Qc, en Ont., au Man., en Sask., en Alb. et en C.-B.).

## 5. CHOIX DU PRODUIT

### Renseignements importants :

- Un assuré peut demander SOIT la Protection MG de l'Empire Vie, **SOIT** la Protection MG Plus de l'Empire Vie dans une même police.
- Le montant de protection maximal pour la Protection MG de l'Empire Vie **permis avec cette proposition est de 75 000 \$**.
- Le montant de protection maximal viager pour la Protection MG de l'Empire Vie est de 75 000 \$ par assuré.
- Le montant de protection maximal pour la Protection MG Plus de l'Empire Vie **permis avec cette proposition est de 300 000 \$**.
- Le montant de protection maximal viager pour toutes les protections d'assurance en cas de maladies graves est de 2 000 000 \$ par assuré.

#### 5.1 Protection de base – vous ne pouvez choisir qu'UN produit de base par assuré, par proposition.

#### Assurance temporaire et en cas de maladies graves

<input type="radio"/> Solution TRA <sup>MD</sup> <input type="radio"/> Solution 10 <sup>MD</sup> <input type="radio"/> Solution 20 <sup>MD</sup> <input type="radio"/> Solution 30 <sup>MD</sup> <input type="radio"/> Solution 100 <sup>MD</sup>	<b>Assuré 1 - montant :</b>	\$
<input type="radio"/> Protection MG <sup>MD</sup> 10 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG <sup>MD</sup> 20 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG Plus <sup>MD</sup> 10 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG Plus <sup>MD</sup> 20 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG Plus <sup>MD</sup> 75 de l'Empire Vie	<b>Assuré 1 - montant :</b>	\$
<input type="radio"/> Solution TRA <input type="radio"/> Solution 10 <input type="radio"/> Solution 20 <input type="radio"/> Solution 30 <input type="radio"/> Solution 100	<b>Assuré 2 - montant :</b>	\$
<input type="radio"/> Protection MG 10 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG 20 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG Plus 10 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG Plus 20 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG Plus 75 de l'Empire Vie	<b>Assuré 2 - montant :</b>	\$
<b>Protection conjointe – <input type="radio"/> Conjointe payable au 1<sup>er</sup> décès OU <input type="radio"/> Conjointe payable au 2<sup>e</sup> décès</b>		
<input type="radio"/> Solution TRA <input type="radio"/> Solution 10 <input type="radio"/> Solution 20 <input type="radio"/> Solution 30 <input type="radio"/> Solution 100		\$

#### Avenants et garanties complémentaires pour l'assuré

<b>5.2 Avenants</b>	<input type="radio"/> Solution TRA <input type="radio"/> Solution 10 <input type="radio"/> Solution 20 <input type="radio"/> Solution 30 <input type="radio"/> Solution 100	<b>Assuré 1 - montant :</b>	\$
	<input type="radio"/> Protection MG 10 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG 20 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG Plus 10 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG Plus 20 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG Plus 75 de l'Empire Vie	<b>Assuré 1 - montant :</b>	\$
	<input type="radio"/> Solution TRA <input type="radio"/> Solution 10 <input type="radio"/> Solution 20 <input type="radio"/> Solution 30 <input type="radio"/> Solution 100	<b>Assuré 2 - montant :</b>	\$
	<input type="radio"/> Protection MG 10 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG 20 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG Plus 10 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG Plus 20 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG Plus 75 de l'Empire Vie	<b>Assuré 2 - montant :</b>	\$

<b>5.3 Garanties complémentaires pour l'assuré</b>		<b>Assuré 1</b>	<b>Assuré 2</b>
	Exonération des primes (en cas d'invalidité; âge maximal à l'établissement de 55 ans)	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui
	Remboursement de primes au rachat ou à l'échéance pour la Protection MG Plus de l'Empire Vie	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui
	Remboursement de primes au décès pour la Protection MG Plus de l'Empire Vie	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui
	Assurabilité garantie (âge maximal à l'établissement de 40 ans)	\$	\$
Décès et mutilation accidentels (âge maximal à l'établissement de 55 ans)	\$	\$	

## 6. INFORMATION SUR LE PAIEMENT DES PRIMES

<b>6.1 Information sur le paiement des primes</b>	<input type="radio"/> Montant de la prime initiale soumise avec cette proposition
	<input type="radio"/> La prime initiale sera recueillie au moment de la livraison de la police.
	<input type="radio"/> Retrait de la prime initiale par débits préautorisés (DPA)

Les chèques doivent être payables à l'ordre de l'Empire Vie.

Qui paiera les primes?  Titulaire  Assuré  Tiers - veuillez remplir la section 9.10 « Détermination des intérêts de tiers ».

Comment seront payées les primes?  DPA mensuels\*  Facturation annuelle

\* Le montant mensuel des DPA correspond à la prime annuelle multipliée par un facteur de 0,09.

<b>6.2 Débits préautorisés (DPA)</b>	<b>Pour les DPA mensuels, les primes seront prélevées du :</b>
	<input type="radio"/> Compte indiqué sur le chèque de la prime initiale
	<input type="radio"/> Compte indiqué sur le chèque annulé ci-joint ou le formulaire d'autorisation de débits préautorisés de mon institution financière

Même compte que la police de l'Empire Vie n° :

Date du prélèvement automatique   (du 1<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup> jour du mois)

Si aucune date n'est indiquée, nous utiliserons la date d'établissement (d'effet) de la police.

<b>6.3 Antidatation</b>	<b>À moins d'avis contraire, la police portera la date courante.</b>	Si la police est antidatée, veuillez indiquer la date :
	<input type="radio"/> La police sera antidatée pour préserver l'âge.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**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.**

## 7. DÉCLARATION, ATTESTATION, AUTORISATION ET CONSENTEMENT

### Déclaration et attestation :

#### Je déclare et j'atteste que :

- j'ai compris le sens et l'importance de toutes les questions posées dans cette proposition et dans tout formulaire supplémentaire soumis qui accompagne cette proposition (collectivement la « proposition »);
- j'ai obtenu des renseignements satisfaisants concernant les produits que je souhaite souscrire avant de signer cette proposition et je comprends que mon conseiller peut être rémunéré sur la base de commissions;
- ma police présente certaines caractéristiques (p. ex., le coût de l'assurance, les avances sur police, les versements et les retraits, etc.) qui peuvent changer avec le temps et qui peuvent avoir une incidence sur les prestations et les valeurs de ma police. Les valeurs présentées dans toute illustration sont basées sur des hypothèses susceptibles de changer; toute valeur qui n'est pas garantie pourrait être plus élevée ou moins élevée que les valeurs de l'illustration;
- j'ai fourni les réponses et les énoncés me concernant (collectivement « mes réponses ») qui ont été enregistrés dans 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;
- le titulaire est responsable du paiement des primes et de libeller les chèques à l'ordre de l'Empire Vie.

### Autorisation

#### Je comprends et j'accepte :

- que j'aviserai l'Empire Vie de tout changement dans ma situation de résidence aux fins de l'impôt;
- les dispositions de cette proposition;
- que cette proposition ainsi que mes réponses feront partie de ma police lorsque cette dernière sera établie;
- que l'Empire Vie pourrait annuler la police si une réponse ou un énoncé inscrit dans la proposition contenait une fausse déclaration ou une omission importante;
- que l'Empire Vie n'a aucune obligation, à moins que :
  - **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;
  - **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;
- 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 par écrit avant de livrer la police au titulaire à des fins d'acceptation;
- qu'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

- Les DPA s'appliquent aux primes régulières prévues. En outre, si la prime initiale versée est inférieure à la prime requise pour que la police entre en vigueur, l'écart pourra être prélevé de mon compte lors du premier retrait automatique mensuel.
- 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 de détails 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 site [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).
- Aux fins de cette entente, tout débit de mon compte sera traité comme un débit préautorisé 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 cette entente. J'ai le droit de recevoir un remboursement pour tout retrait qui ne serait pas autorisé ou conforme à cette entente de DPA. Pour obtenir plus de détails sur mes droits d'exercer un recours, je peux communiquer avec l'Empire Vie ou visiter le site [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

### Pour les requêtes concernant vos DPA, 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  
[assurance@empire.ca](mailto:assurance@empire.ca)

### Autorisation bancaire

J'autorise l'Empire Vie à prélever les paiements mensuels de la prime tels que requis et conformément à mes directives décrites à la section 6. 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.

### 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 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 pourrait exiger 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 une demande de prestations en vertu de la police.
- 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 pourrait ne plus être en mesure d'évaluer cette proposition, d'administrer toute police fondée sur cette proposition ou de traiter une demande de règlement en vertu de 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. Je comprends que celles-ci pourraient inclure certains de mes renseignements médicaux personnels.

### Service de mon conseiller

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

- à remettre la police au conseiller à des fins de livraison, et je reconnais que celle-ci contient une copie de cette proposition, ainsi que de tout formulaire supplémentaire, de tout addenda et de tout formulaire de modification de la proposition;
- à recueillir des renseignements auprès du conseiller (et son agence) concernant cette proposition et la police et/ou à leur en divulguer, au besoin, afin de fournir au titulaire les services et les conseils relativement à la police. Je comprends que le titulaire peut changer de conseiller ou retirer cette autorisation en envoyant un avis écrit à l'Empire Vie.

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

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

Toutes les signatures doivent avoir lieu devant un tiers indépendant et d'âge majeur qui n'a pas de lien avec un assuré et un titulaire et qui ne retire aucun avantage de l'assurance demandée.

<b>7.1</b> <b>Signature de l'assuré</b>	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 » et que je consens à l'utilisation de mes renseignements personnels comme il y est mentionné. Si un titulaire est aussi un assuré, il doit signer cette section en tant que titulaire et assuré.			
	<b>Signature de l'assuré 1</b> X	Fait à (ville et province/territoire)		
	<b>Signature du témoin</b> X	Date		
	Prénom du témoin	Nom de famille		
	<b>Signature de l'assuré 2</b> X	Fait à (ville et province/territoire)		
	<b>Signature du témoin</b> X	Date		
<b>7.2</b> <b>Signature d'un titulaire S'IL N'EST PAS L'ASSURÉ</b>	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 » et que je consens à l'utilisation de mes renseignements personnels comme il y est mentionné.			
	<b>Signature de titulaire 1</b> X	Fait à (ville et province/territoire)		
	Prénom du titulaire	Nom de famille		
	<b>Signature du témoin</b> X	Date		
	Prénom du témoin	Nom de famille		
	<b>Signature du titulaire 2</b> X	Fait à (ville et province/territoire)		
	Prénom du titulaire	Nom de famille		
	<b>Signature du témoin</b> X	Date		
	Prénom du témoin	Nom de famille		
	<b>7.3</b> <b>DPA mensuels et compte d'entreprise</b>	Le titulaire du compte doit signer ci-dessous afin que nous puissions utiliser le compte 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> X	Prénom du signataire autorisé	Nom de famille
		<b>7.4</b> <b>Autorisation de divulguer des renseignements personnels au conseiller (et à l'agence)</b>  <b>FACULTATIF</b>	<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 : <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>• tout autre problème lié à la santé; et</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>• l'Empire Vie peut 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; et</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 qu'il est décrit ci-haut.</b>				
<b>Signature de l'assuré 1</b> X	<b>Signature de l'assuré 2</b> X			
<b>Signature du titulaire (si autre que l'assuré 1)</b> X	<b>Signature du titulaire (si autre que l'assuré 2)</b> X			

## 8. AUTORISATION DE TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS

REPLISSEZ **UNE AUTORISATION PAR** ASSURÉ OU TITULAIRE. Cette autorisation prend effet une fois signée. Elle peut être révoquée en tout temps à l'écrit par la personne ayant fourni cette autorisation.

<b>8.1 Autorisation de transmission de renseignements</b>	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 institution financière, MIB, Inc., toute agence d'investigation ou d'évaluation 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 financiers et médicaux (à l'exclusion de renseignements concernant un test génétique), à mon sujet et au sujet de mes enfants mineurs à assurer, à divulguer ces renseignements à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, à ses réassureurs, mandataires ou représentants aux fins de l'évaluation de cette demande. Je comprends le motif de l'autorisation indiqué ci-dessus ainsi que les risques et les avantages que comporte mon consentement à la divulgation de mes renseignements médicaux, conformément à cette autorisation. Une photocopie ou une image de l'autorisation de transmission de renseignements dûment signée a la même valeur que l'original. Cette autorisation demeure valide jusqu'à sa révocation par écrit.	
<b>8.2 Signature de l'assuré</b>	Prénom <input type="text"/>	Nom de famille <input type="text"/>
Tout nom de famille utilisé dans les dossiers médicaux ou juridiques, si différent <input type="text"/>		
<b>Signature de l'assuré</b> X		Date <input type="text"/>
<b>Signature du témoin</b> X		Date <input type="text"/>
Prénom du témoin <input type="text"/>	Nom de famille <input type="text"/>	
Fait à (ville et province) <input type="text"/>		

<b>8.1 Autorisation de transmission de renseignements</b>	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 institution financière, MIB, Inc., toute agence d'investigation ou d'évaluation 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 financiers et médicaux (à l'exclusion de renseignements concernant un test génétique), à mon sujet et au sujet de mes enfants mineurs à assurer, à divulguer ces renseignements à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, à ses réassureurs, mandataires ou représentants aux fins de l'évaluation de cette demande. Je comprends le motif de l'autorisation indiqué ci-dessus ainsi que les risques et les avantages que comporte mon consentement à la divulgation de mes renseignements médicaux, conformément à cette autorisation. Une photocopie ou une image de l'autorisation de transmission de renseignements dûment signée a la même valeur que l'original. Cette autorisation demeure valide jusqu'à sa révocation par écrit.	
<b>8.2 Signature de l'assuré</b>	Prénom <input type="text"/>	Nom de famille <input type="text"/>
Tout nom de famille utilisé dans les dossiers médicaux ou juridiques, si différent <input type="text"/>		
<b>Signature de l'assuré</b> X		Date <input type="text"/>
<b>Signature du témoin</b> X		Date <input type="text"/>
Prénom du témoin <input type="text"/>	Nom de famille <input type="text"/>	
Fait à (ville et province) <input type="text"/>		

**Cette page est laissée vierge intentionnellement.**

## 9. 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 9.10.

Si un adjoint administratif détenteur d'un permis a rempli la proposition en ne fournissant aucun conseil, il doit signer à la section 9.11.

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

<b>9.1</b> Divulguation des renseignements	Êtes-vous au courant d'une information qui n'est pas divulguée dans cette 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 l'assuré en personne? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – si « oui », veuillez préciser la personne que vous avez rencontrée :		
	Avez-vous rempli la proposition avec le titulaire/l'assuré? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – si « oui », où étiez-vous au moment où la proposition a été remplie? _____		
	Si « non », qui a rempli la proposition avec le titulaire/l'assuré? _____		
	Où étaient ces personnes au moment de remplir la proposition? _____		
	Où étiez-vous situé lorsque vous avez sollicité la proposition? _____		
	Comment la proposition a-t-elle été remplie? <input type="radio"/> par téléphone <input type="radio"/> par Skype <input type="radio"/> avec un logiciel de partage d'écrans – précisez lequel : _____ <input type="radio"/> autre – veuillez préciser : _____		
	Avez-vous rempli une analyse des besoins du titulaire pour appuyer cette proposition? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Au Québec, vous devez fournir les renseignements recueillis au titulaire au plus tard à la date de livraison de la police.		
<b>9.2</b> Renseignements sur le conseiller	<b>L'assurance erreurs et omissions (AEO) 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, nom de famille)	Code de conseiller	<b>AEO</b> valide en dossier? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Part (%)*
	Nom du conseiller (prénom, nom de famille)		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	Nom du conseiller (prénom, nom de famille)		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>9.3</b> Renseignements sur l'agent général (AG)/ l'agent associé général (AAG)/ l'agent général administrateur (AGA)/le compte national	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 _____		
	N° 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		
	Prénom du spécialiste/conseiller pour l'assurance _____	Nom de famille _____	
	Code de conseiller _____	N° de téléphone d'affaires _____ - _____	
<b>9.4</b> Renseignements sur l'achat	Quelle est la source des fonds (p. ex., héritage, vente d'une propriété)? _____		
	Qui a pris l'initiative de demander 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 avec l'intention d'en transférer la propriété? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui – veuillez préciser :		
	Quels membres de notre équipe des ventes, Assurance, ont participé à la vente (s'il y a lieu)? _____		
<b>9.5</b> Lien avec l'assuré		<b>Assuré 1</b>	<b>Assuré 2</b>
	Depuis combien d'années connaissez-vous l'assuré?		
	Veuillez préciser le lien avec vous, s'il y a lieu.		





**Cette page est laissée vierge intentionnellement.**

## 10. 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. Elle leur servira aux fins suivantes : évaluer votre proposition, apprécier le risque et évaluer toute demande de règlement en vertu de votre police, administrer votre police et répondre à vos questions, vous fournir les renseignements concernant les produits et les services de l'Empire Vie et 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, 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 membres du personnel, aux agents, aux représentants et aux tiers fournisseurs de services de l'Empire Vie, tel qu'il est requis pour accomplir leurs fonctions. L'Empire Vie peut utiliser des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et le stockage de vos renseignements personnels. Les renseignements personnels qui sont traités ou stockés dans une autre juridiction peuvent être assujettis aux lois de cette juridiction, ce qui peut permettre leur divulgation aux tribunaux, aux autorités d'application de la loi ou aux autres autorités gouvernementales de cette juridiction dans certaines circonstances.

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 collecte 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 dernière 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.

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 à MIB, Inc., un organisme sans but lucratif dont font partie les assureurs vie. MIB, Inc. 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 de MIB, Inc., ou que vous soumettez une demande de règlement à cette autre société, MIB, Inc. donnera à cette société, si elle le demande, les renseignements qu'il a versés à son dossier.

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

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

MIB, Inc.  
330 University Avenue, 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 aussi 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  
259, rue King Est, Kingston, Ontario K7L 3A8

**Nous appellerons chaque assuré pour effectuer une entrevue téléphonique sur les antécédents personnels. L'entrevue téléphonique se déroulera à un moment qui conviendra à l'assuré. Tout titulaire ou tout assuré pourrait recevoir par la suite un appel de suivi pour une enquête de satisfaction.**