

# 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.
- Le titulaire proposé de la police et toute personne à assurer ont reçu la page « **Renseignements importants à l'intention du consommateur** » (section 14).
- Si le titulaire proposé a demandé une assurance provisoire, il a reçu la « **Convention d'assurance provisoire** » (section 15).

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 doivent remplir cette proposition avec l'aide d'un agent d'assurance autorisé (le conseiller).

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

SécuriMax et Protection MG de l'Empire Vie ne peuvent en aucun cas être combinés au sein d'une même police.

Veuillez 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 et maladies graves 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 SécuriMax ou Protection MG de l'Empire Vie, pour les personnes âgées de 18 à 65 ans.

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.

Si la proposition inclut un avenant Protection vie ou maladies graves pour enfants, veuillez fournir tous les renseignements demandés à propos de chaque enfant à assurer quand vous voyez cette icône. 

# 1. RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

<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 pour les assurés âgés de 18 à 75 ans plutôt que de répondre aux questions des sections 5 et 6 de la proposition. 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"/> <b>Vous devez demander une entrevue téléphonique sur les antécédents personnels</b> Numéro de téléphone : _____ Meilleur moment pour appeler : _____			
<b>1.4 Proposition d'essai</b>	<input type="radio"/> <b>Oui – veuillez ne pas demander d'exigences sur l'âge/le montant ni d'exigences médicales.</b> 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>	Cette protection remplace-t-elle une police d'assurance en vigueur? <input type="radio"/> <b>Oui – remplissez le formulaire provincial de remplacement.</b> Si cette proposition a pour but de remplacer une police de l'Empire Vie en vigueur, précisez 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 reliées 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)			
	Ville		Province	
	Code postal			
	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	N° d'assurance sociale (NAS)*	
	État civil		Âge au plus proche anniversaire	Pays natal
	N° de téléphone de préférence			
	Nom de l'employeur			
Emploi (titre du poste et description des tâches. Si la personne est retraitée, indiquez l'emploi précédent. S'il s'agit d'un travailleur autonome, veuillez préciser la nature de l'entreprise.)				
<b>1.8 Catégorie d'usage de tabac</b>	<b>Assuré</b>	<b>Titulaire (À remplir seulement si le titulaire demande une exonération des primes)</b>		
	<input type="radio"/> fumeur <input type="radio"/> non-fumeur	<input type="radio"/> fumeur <input type="radio"/> non-fumeur		
Pour les assurés dont l'âge tarifé est de moins de 18 ans, les taux pour fumeurs s'appliqueront.	Un fumeur est une personne qui a fait usage d'un produit du tabac ou de la nicotine au cours des 12 derniers mois, incluant la cigarette, la cigarette électronique, le cigarillo, la pipe, le tabac à chiquer ou à priser, les substituts de nicotine (y compris la gomme ou les timbres), les noix de bétel, les petits cigares ou plus de 12 gros cigares.			
<b>1.9 Statut</b>		<b>Assuré</b>	<b>Titulaire</b>	
Si vous répondez « <b>Oui</b> » 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.

**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*	
<input type="radio"/> Femme			
N° de téléphone de préférence		Lien avec l'assuré	
Nom de l'employeur			
Emploi (titre du poste et description des tâches. Si la personne est retraitée, indiquez l'emploi précédent. S'il s'agit d'un travailleur autonome, veuillez préciser la nature de l'entreprise.)			

## 1.11 Titulaire subsidiaire/subrogé (au Québec)

Ne pas remplir si le titulaire est l'assuré.

**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, la succession du titulaire deviendra le titulaire.

Nom (prénom, initiale, nom de famille) ou dénomination sociale de la société/l'entité	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
<b>Adresse – la même que :</b> <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.

**Dans le cas contraire, 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"/> oui <input type="radio"/> non 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 source 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>Veuillez 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		\$
					<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

Veuillez 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 13.3 du Rapport du conseiller et à la section 13.9 « Détermination des intérêts de tiers » si l'entreprise prévoit être le titulaire. Veuillez remplir le **Questionnaire financier relatif à une entreprise** (formulaire D-0049) 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 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.

### PARTIE A : 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 (%)

### PARTIE B : Bénéficiaire(s) des prestations en cas de maladie grave payables du vivant de l'assuré (y compris lors du remboursement de primes au rachat)

**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.

### PARTIE C : Fiduciaire pour tout bénéficiaire mineur désigné ci-dessus

Prénom	Initiale	Nom de famille

## 5. ASSURANCE TEMPORAIRE – SÉRIE SOLUTION / ASSURANCE EN CAS DE MALADIES GRAVES – SÉCURIMAX<sup>MD</sup> OU PROTECTION MG<sup>MC</sup> DE L'EMPIRE VIE

Le montant maximal de protection permis pour l'assurance en cas de maladies graves est de 300 000 \$ pour SécuriMax et de 75 000 \$ pour Protection MG de l'Empire Vie. Nous n'accepterons aucune proposition d'un montant supérieur au montant maximal.

<b>5.1</b> Protection de base	Solution 10 – Temporaire	\$
	Solution 20 – Temporaire	\$
	Solution 100 – avec valeurs	\$
<b>5.2</b> Avenants	Solution 10 – Temporaire	\$
	Solution 20 – Temporaire	\$
	Solution 100 – avec valeurs	\$
	<b>Avenant d'assurance en cas de maladies graves*</b>	
	Protection MG de l'Empire Vie	\$
	Note : L'assuré N'est PAS admissible à la Protection MG de l'Empire Vie si l'un de ses parents (mère et père), frères ou sœurs biologiques s'est vu diagnostiquer l'une des conditions suivantes avant son 60 <sup>e</sup> anniversaire de naissance : cancer, crise cardiaque, coronaropathie, accident vasculaire cérébral, diabète, maladie des reins, maladie d'Huntington ou maladie de Parkinson.	
	SécuriMax 10	\$
	SécuriMax 75	\$
	SécuriMax 100	\$
	<b>5.3</b> Garanties complémentaires pour l'assuré	<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 55 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>Vous pouvez demander une garantie de remboursement des primes si vous avez choisi un avenant SécuriMax :</b>		
<input type="radio"/> Remboursement de primes au rachat <input type="radio"/> Remboursement de primes à l'anniversaire de police		
<b>5.4</b> Garanties pour le titulaire (s'il n'est pas l'assuré)	<b>Pour le titulaire qui n'est pas un assuré, quelles garanties complémentaires désirez-vous souscrire sur la tête de 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>		

\* SécuriMax et Protection MG de l'Empire Vie ne peuvent en aucun cas être combinés au sein d'une même police.

\*Vous DEVEZ remplir les sections 7.2 à 8.3 si vous demandez un avenant Protection vie ou maladies graves pour enfants.



## 6. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Vous devez remplir cette section en plus de la section sur les renseignements médicaux et/ou paramédicaux, SAUF SI VOUS COCHEZ L'OPTION « ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE SUR LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS » à la section I.3. Cette option exige que les assurés soient âgés de 18 à 75 ans.

6.1 Renseignements relatifs à la langue		Assuré	Titulaire*
* L'interprète ne peut être ni l'un des titulaires ni l'un des bénéficiaires de la police.	A) 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) Si « non », est-ce que toutes les questions ont été posées dans la langue de la personne et les réponses fournies dans cette langue? Quelle est sa langue maternelle? _____	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	C) A-t-on retenu les services d'un interprète?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	D) Si « oui », quel est le lien entre l'interprète et la personne?		
	E) Nom de l'interprète* :	N° de tél. de l'interprète :	

Si le titulaire n'est pas l'assuré et qu'il demande une exonération des primes, le titulaire doit aussi remplir les sections 6.2 à 6.7. Veuillez fournir plus de détails à la section 6.8 si vous répondez « oui » à l'une des questions ci-dessous. Vous pouvez également remplir le questionnaire applicable et le soumettre avec la proposition.

6.2 Renseignements sur la conduite automobile		Assuré	Titulaire*
A) Au cours des 10 dernières années, avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies, de conduite imprudente ou dangereuse, ou a-t-on déjà suspendu votre permis de conduire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
B) Avez-vous eu 3 infractions au code de la sécurité routière au cours des 5 dernières années?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

\* Si le titulaire n'est pas l'assuré et qu'il demande une exonération des primes, il doit aussi remplir les sections 6.2 à 6.7.

6.3 Renseignements sur l'aviation		Assuré	Titulaire*
A) Au cours des 3 dernières années, avez-vous fait des vols à titre de pilote, d'élève pilote ou de membre d'équipage?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
B) Prévoyez-vous faire des vols à titre de pilote, d'élève pilote ou de membre d'équipage dans le futur?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

6.4 Autres activités		Assuré	Titulaire*
Au cours des 2 dernières années, avez-vous pratiqué l'une des activités suivantes ou prévoyez-vous pratiquer l'une d'entre elles : plongée en apnée, plongée sous-marine, alpinisme, deltaplane, héliski, ski hors-piste, « cat skiing », parachutisme, vol en ultraléger, course automobile, de bateau, de motocyclette ou de tout autre véhicule motorisé, ou tout autre sport ou activité extrême dangereux?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

6.5 Propositions antérieures		Assuré	Titulaire*
Vous a-t-on déjà refusé ou annulé une assurance vie, maladies graves ou invalidité, ou offert une assurance moyennant une surprime ou modifiée de quelque manière?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

6.6 Actes criminels		Assuré	Titulaire*
Des accusations criminelles ont-elles été portées contre vous ou avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'actes criminels ou d'infractions criminelles?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

6.7 Voyages à l'étranger		Assuré	Titulaire*
A) Prévoyez-vous changer de pays de résidence? <b>Si oui, veuillez y préciser la raison et la durée à la section 6.8.</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
B) Prévoyez-vous voyager à l'extérieur du Canada ou aux États-Unis au cours des 12 prochains mois?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

6.8 Détails	Question n°	Titulaire ou assuré	Détails
Veuillez utiliser cette section pour fournir des détails sur les réponses données aux sections 6.2 à 6.7.			

## 7. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

**Vous devez remplir cette section, SAUF SI L'OPTION « ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE SUR LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS » est cochée à la section 1.3. Cette option exige que les assurés soient âgés de 18 à 75 ans.**

Pour tout enfant qui est un assuré principal, veuillez remplir les sections 7.1 à 8.4. Si l'on demande l'avenant Protection vie ou maladies graves pour enfants, veuillez remplir les sections 7.2 à 8.4. Si l'enfant ne réside pas avec son parent, le parent ou le tuteur légal qui connaît le mieux les antécédents médicaux de l'enfant doit remplir les sections concernant les renseignements médicaux et signer à la section 12.

### 7.1 Renseignements personnels

Remplissez la section 7.1 même si un examen paramédical est demandé. Les sections 7.2 à 7.7 sont facultatives si l'examen paramédical est une exigence de routine en raison de l'âge et du montant.

Si les dossiers de votre médecin habituel ne sont pas à jour et/ou sont incomplets, veuillez indiquer le nom du médecin ou de la clinique qui a les dossiers à jour et complets à la section 7.7.

**A) Avez-vous un médecin ou une infirmière clinicienne habituel?**  non  oui – veuillez fournir les détails suivants :

Nom du médecin ou de l'infirmière clinicienne (prénom, nom de famille)	Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)
--	---

Adresse et numéro de téléphone du médecin ou de l'infirmière clinicienne

Raison de la dernière visite chez le médecin/l'infirmière clinicienne habituel

Résultats de la dernière visite chez le médecin/l'infirmière clinicienne habituel

**B) Avez-vous vu un autre médecin/une autre infirmière clinicienne que le médecin/l'infirmière clinicienne que vous voyez habituellement dans une clinique ou un hôpital?**  Non  Oui – veuillez fournir les détails :

Adresse et numéro de téléphone du médecin/de l'infirmière clinicienne/de la clinique/ de l'hôpital	Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)
--	---

Raison de la dernière visite chez un autre médecin/une autre infirmière clinicienne, à une autre clinique, à un autre hôpital

Résultats de la dernière visite chez un autre médecin/une autre infirmière clinicienne, à une autre clinique, à un autre hôpital

**C) Taille**  pi/po  cm **Poids**  lb  kg **Changement de poids depuis un an**  Gain  Perte  lb  kg


Raison (s'il s'agit d'une grossesse, veuillez fournir la date d'accouchement prévue)

### 7.2 Renseignements médicaux des membres de la famille

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez remplir la section ci-dessous pour le membre de la famille immédiate.

Si inconnu, veuillez indiquer la raison à la section 7.7.

**\* Vous DEVEZ remplir cette section si vous demandez un avenant Protection vie ou maladies graves pour enfants.**

Est-ce que l'un de vos parents, frères ou soeurs biologiques, vivants ou décédés, a déjà souffert de l'une des conditions suivantes :		Assuré	Tout enfant en vertu de l'avenant Protection vie/ maladies graves pour enfants* 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabète</li> <li>• Cancer</li> <li>• Hypertension artérielle</li> <li>• Accident vasculaire cérébral</li> <li>• Maladie du coeur</li> <li>• Polykystose des reins</li> <li>• Maladie rénale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie de Huntington</li> <li>• Maladie d'Alzheimer</li> <li>• Maladie du motoneurone, y compris, mais sans s'y limiter, la SLA (sclérose latérale amyotrophique) ou la maladie de Lou Gehrig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie de Parkinson</li> <li>• Maladie mentale</li> <li>• Suicide</li> <li>• Sclérose en plaques</li> <li>• Hépatite</li> <li>• Toute autre maladie héréditaire</li> </ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> inconnu
<p><b>Membre de la famille de</b> <input type="radio"/> Assuré <input type="radio"/> Enfant en vertu de l'avenant Protection vie ou maladies graves pour enfants</p>			
Lien avec l'assuré	Maladie (si cancer, indiquez le type)		
Âge au début de la maladie	Âge si en vie	Âge au décès	
<p><b>Membre de la famille de</b> <input type="radio"/> Assuré <input type="radio"/> Enfant en vertu de l'avenant Protection vie ou maladies graves pour enfants</p>			
Lien avec l'assuré	Maladie (si cancer, indiquez le type)		
Âge au début de la maladie	Âge si en vie	Âge au décès	

## 7. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

### 7.3 Renseignements médicaux

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 7.7. Nous vous prions d'indiquer la date, le diagnostic, le traitement, les résultats et la durée ainsi que le nom et l'adresse de tous les conseillers médicaux et établissements médicaux.

Si le titulaire demande l'exonération des primes, veuillez remplir le formulaire D-0056 Renseignements médicaux supplémentaires.

\* Vous DEVEZ remplir cette section si vous demandez un avenant Protection vie ou maladies graves pour enfants.

Avez-vous déjà eu l'une des conditions suivantes, subi des tests ou été traité pour l'une des conditions suivantes ou vous a-t-on déjà dit que vous pourriez souffrir de l'une d'entre elles :	Assuré	Tout enfant en vertu de l'avenant Protection vie/ maladies graves pour enfants* 
<b>A) Tête et système respiratoire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Névrite optique</li> <li>• Troubles de la vue</li> <li>• Cécité</li> <li>• Glaucome</li> <li>• Surdité</li> <li>• Acouphène</li> <li>• Enrouement persistant</li> <li>• Crachements de sang</li> <li>• Perte de la parole</li> <li>• Apnée du sommeil</li> <li>• Tuberculose</li> <li>• Sarcoidose</li> <li>• Fibrose kystique</li> <li>• Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)</li> <li>• Bronchite</li> <li>• Asthme</li> <li>• Emphysème</li> <li>• Tout autre trouble ou problème relatif aux yeux, aux oreilles, au nez, à la gorge ou aux poumons : _____</li> </ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>B) Neurologique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Épilepsie ou convulsions</li> <li>• Évanouissements</li> <li>• Maux de tête</li> <li>• Étourdissements</li> <li>• Accident ischémique transitoire (AIT)</li> <li>• Accident vasculaire cérébral</li> <li>• Tremblements</li> <li>• Maladie de Parkinson</li> <li>• Maladie du motoneurone (maladie de Lou Gehrig/SLA)</li> <li>• Maladie d'Alzheimer</li> <li>• Déficience intellectuelle</li> <li>• Démence</li> <li>• Faiblesse des extrémités</li> <li>• Faiblesse musculaire</li> <li>• Sclérose en plaques</li> <li>• Fourmillement</li> <li>• Engourdissements</li> <li>• Perte d'équilibre</li> <li>• Perte de la parole</li> <li>• Paralyse cérébrale</li> <li>• Autisme</li> <li>• Trouble du développement</li> <li>• THADA/DCA</li> <li>• Tout autre trouble ou problème neurologique : _____</li> </ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>C) Troubles psychologiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété</li> <li>• Dépression</li> <li>• Trouble bipolaire</li> <li>• Crises de panique</li> <li>• Schizophrénie</li> <li>• Déficience mentale</li> <li>• Tentative de suicide ou idées suicidaires</li> <li>• Trouble de l'alimentation</li> <li>• Tout autre problème ou trouble émotionnel, comportemental ou psychiatrique : _____</li> </ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>D) Cœur et système circulatoire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs thoraciques</li> <li>• Angine</li> <li>• Essoufflement</li> <li>• Crise cardiaque (infarctus du myocarde)</li> <li>• Pontage ou angioplastie</li> <li>• ECG anormal</li> <li>• Poulx irrégulier</li> <li>• Palpitations</li> <li>• Souffle cardiaque</li> <li>• Stimulateur cardiaque</li> <li>• Hypertension artérielle</li> <li>• Hypercholestérolémie</li> <li>• Accident ischémique transitoire (AIT)</li> <li>• Accident vasculaire cérébral</li> <li>• Maladie vasculaire périphérique</li> <li>• Enfllement des chevilles</li> <li>• Caillot sanguin</li> <li>• Tout autre problème ou trouble cardiaque, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire : _____</li> </ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>E) Foie, estomac, vessie, reins et système reproducteur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hépatite</li> <li>• Porteur de l'hépatite</li> <li>• Cirrhose</li> <li>• Jaunisse</li> <li>• Ulcère</li> <li>• Côlon irritable</li> <li>• Maladie de Crohn</li> <li>• Colite</li> <li>• Estomac</li> <li>• Pancréas</li> <li>• Foie</li> <li>• Veillez spécifier : _____</li> <li>• Diverticulite</li> <li>• Saignements du rectum</li> <li>• Diarrhée chronique</li> <li>• Sang dans les selles</li> <li>• Vésicule biliaire</li> <li>• Pancréatite</li> <li>• Maladie des reins, pierres aux reins ou néphrite</li> <li>• Intestins</li> <li>• Reins</li> <li>• Vessie ou uretères</li> <li>• Sang, protéines ou sucre dans l'urine</li> <li>• Prostatite</li> <li>• Infection transmissible sexuellement</li> <li>• Test Pap anormal</li> <li>• Prostate ou organes reproducteurs de l'homme</li> <li>• Utérus, ovaires ou col utérin</li> </ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>F) Seins (homme ou femme)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biopsie, mammographie ou échographie mammaire anormale</li> <li>• Maladie fibrokystique</li> <li>• Kystes ou bosses</li> <li>• Tout autre changement ou anomalie des seins : _____</li> </ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>G) Systèmes sanguin, endocrinien et glandulaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anomalies de la thyroïde, de l'hypophyse, des glandes lymphatiques ou surrénales</li> <li>• Goitre</li> <li>• Diabète</li> <li>• Glycémie anormale</li> <li>• Anémie</li> <li>• Trouble de saignement</li> <li>• Hémophilie</li> <li>• Tout autre problème ou trouble sanguin ou glandulaire : _____</li> </ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non



## 7. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

### 7.3 Renseignements médicaux (suite)

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 7.7. Nous vous prions d'indiquer la date, le diagnostic, le traitement, les résultats et la durée ainsi que le nom et l'adresse de tous les conseillers médicaux et établissements médicaux.

Si le titulaire demande l'exonération des primes, veuillez remplir le formulaire D-0056 Renseignements médicaux supplémentaires.


**\* Vous DEVEZ remplir cette section si vous demandez un avenant Protection vie ou maladies graves pour enfants.**

		Assuré	Tout enfant en vertu de l'avenant Protection vie/maladies graves pour enfants* 
<b>Avez-vous déjà subi des tests ou été traité pour l'une des conditions suivantes ou vous a-t-on déjà dit que vous pourriez souffrir de l'une d'entre elles :</b>			
<b>H) Toute blessure ou tout trouble lié au système musculosquelettique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rhumatisme</li> <li>• Goutte</li> <li>• Polyarthrite rhumatoïde</li> <li>• Arthrose ou tout autre type d'arthrite</li> <li>• Fibromyalgie</li> <li>• Tout autre trouble ou problème lié aux muscles, aux articulations, aux os ou à la colonne vertébrale : _____</li> </ul>		<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non
<b>I) Cancer et troubles dermatologiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumeur</li> <li>• Polype</li> <li>• Kyste</li> <li>• Grossissement des ganglions lymphatiques</li> <li>• Toute autre forme d'affection ou de croissance maligne : _____</li> </ul>		<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non
<b>J) Troubles immunologiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout trouble immunologique, y compris le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)</li> <li>• Avez-vous déjà passé un test pour le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), ou vous a-t-on recommandé de le faire?</li> <li>• Toute infection inexpliquée</li> </ul>		<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non
<b>7.4</b> Suivez-vous présentement des traitements ou prenez-vous des médicaments phytothérapeutiques, holistiques ou sur ordonnance? <b>Si « oui », veuillez indiquer le nom, la posologie et la raison à la section 7.7.</b>		<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non
<b>7.5</b> Si vous répondez « Oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 7.7 ou remplir le <i>Questionnaire sur l'usage d'alcool ou de drogues</i> .			
<b>A) Au cours des 10 dernières années, avez-vous déjà fait usage de :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cocaïne</li> <li>• Héroïne</li> <li>• LSD</li> <li>• Marijuana</li> <li>• Hachich</li> <li>• Excitants</li> <li>• Hallucinogènes</li> <li>• Amphétamines</li> <li>• Narcotiques</li> <li>• Barbituriques</li> <li>• Tranquillisants, médicaments similaires ou médicaments non prescrits</li> </ul>		<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non
<b>B) Consommez-vous des boissons alcoolisées?          Si « oui », veuillez préciser ci-dessous :</b>		<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non
	<b>Bière</b>	<b>Vin</b>	<b>Alcool</b>
<b>Assuré I</b>	_____ bouteilles par <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> semaine <input type="radio"/> mois	_____ verres par <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> semaine <input type="radio"/> mois	_____ oz/ml par <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> semaine <input type="radio"/> mois
<b>Tout enfant en vertu de l'avenant Protection vie/maladies graves pour enfants </b>	_____ bouteilles par <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> semaine <input type="radio"/> mois	_____ verres par <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> semaine <input type="radio"/> mois	_____ oz/ml par <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> semaine <input type="radio"/> mois
<b>C) Avez-vous déjà décidé ou vous a-t-on déjà recommandé de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues ou avez-vous déjà subi un traitement ou adhéré à un organisme en raison de votre consommation d'alcool ou de drogues ou avez-vous déjà été condamné pour conduite avec facultés affaiblies ou conduite « au-delà de la limite légale » prévue à l'article 253 a) ou b) du Code criminel du Canada?</b>		<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non
<b>D) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cigarettes</li> <li>• Cigarillos</li> <li>• Plus de 12 gros cigares</li> <li>• Petits cigares</li> <li>• Tabac à chiquer</li> <li>• Substituts de nicotine (incluant gomme ou timbres)</li> <li>• Cigarettes électroniques</li> <li>• Hachich</li> <li>• Marijuana</li> <li>• Noix de bétel</li> <li>• Pipe</li> </ul>		<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui  <input type="radio"/> non
<b>Si « oui », veuillez indiquer le type et la fréquence à la section 7.7.</b>			



## 8. RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS ASSURÉS (SUITE)

Vous devez remplir cette section pour tout enfant assuré de moins de 18 ans ou si vous demandez un avenant Protection vie ou maladies graves pour enfants.

8.2 Antécédents médicaux d'un assuré mineur			Assuré		Tout enfant en vertu de l'avenant Protection vie/ maladies graves pour enfants 	
Si vous répondez « oui », à l'une des questions ci-contre, veuillez fournir des détails à la section 8.3.	<b>A) L'enfant est-il né prématurément?</b>		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	<b>B) Si « oui », quel était son poids à la naissance?</b>		<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg		<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg	
	<b>C) L'enfant accuse-t-il un retard dans son développement physique ou mental?</b>		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	<b>D) Est-ce que l'enfant a été traité, a-t-il subi un test ou a-t-il présenté quelque indication d'autisme, de paralysie cérébrale, de fibrose kystique, du syndrome de Down ou de dystrophie musculaire?</b>		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
8.3 Détails	Question n°	Nom de l'assuré ou de l'enfant	Détails			
Veuillez utiliser cet espace pour fournir des détails sur les réponses données à la section 8.1 et 8.2. Nous vous prions d'indiquer le diagnostic, le traitement, les résultats, les dates, la durée ainsi que le nom et l'adresse de tous les conseillers médicaux, cliniques et établissements médicaux.						
8.4 Information pour un avenant pour enfants	Nom du conseiller médical habituel de l'enfant (prénom, nom de famille)					
Veuillez remplir cette section seulement si des enfants doivent être couverts en vertu de l'avenant Protection vie pour enfants et/ou de l'avenant Protection maladies graves pour enfants, et non pour les enfants qui sont des assurés principaux.	Adresse (numéro, rue)				Téléphone	
	Nom du praticien spécialisé de l'enfant (prénom, nom de famille), s'il y a lieu*					
	Adresse (numéro, rue)				Téléphone	
	<b>Enfant 1</b>					
Prénom		Initiale	Nom de famille			
Lien avec l'assuré	Date de naissance (jj/mm/aaaa)		Taille <input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm	Poids <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	
Date et raison de la dernière visite chez un conseiller médical, à une clinique ou à une salle d'urgence, ainsi que résultats et traitement à la suite de cette visite						
<b>Enfant 2</b>						
Prénom		Initiale	Nom de famille			
Lien avec l'assuré	Date de naissance (jj/mm/aaaa)		Taille <input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm	Poids <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	
Date et raison de la dernière visite chez un conseiller médical, à une clinique ou à une salle d'urgence, ainsi que résultats et traitement à la suite de cette visite						
<b>Enfant 3</b>						
Prénom		Initiale	Nom de famille			
Lien avec l'assuré	Date de naissance (jj/mm/aaaa)		Taille <input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm	Poids <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	
Date et raison de la dernière visite chez un conseiller médical, à une clinique ou à une salle d'urgence, ainsi que résultats et traitement à la suite de cette visite						



## 9. INFORMATION SUR LE PAIEMENT DES PRIMES

<b>9.1 Information sur le paiement des primes</b>  Tous les chèques doivent être payables à l'ordre de l'Empire Vie.	<input type="radio"/> Montant de la prime initiale soumise avec cette proposition : _____ \$ <input type="radio"/> Retrait de la prime initiale par débits préautorisés (DPA)* <b>* Si vous choisissez cette option, la convention d'assurance provisoire n'est pas disponible.</b>
	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) _____
	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.
<b>9.2 Débits préautorisés (DPA)</b>	<b>Les DPA mensuels des primes seront prélevés 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 <input type="radio"/> Même compte que la police de l'Empire Vie n° : _____
	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.
<b>9.3 Antidatation</b>	<b>À moins d'avis contraire, la police portera la date courante.</b> <input type="radio"/> La police portera la date courante. <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).
	Veuillez spécifier la date (jj/mm/aaaa)

## 10. 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.

<b>10.0 Demande d'assurance provisoire</b>  Nous offrons 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.  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.	Nom de l'assuré (prénom, second prénom, nom de famille)		
	<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
	<b>Est-ce que l'assuré a :</b>		
	<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
	<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
	<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
	<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
<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	
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.			

# VEUILLEZ NE PAS DÉTACHER CETTE PAGE

## 11. 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 responsable du paiement des primes et du fait que les chèques doivent être payables à l'ordre de L'Empire, Compagnie d'Assurance-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;
- 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 9. 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 lu et compris les avis suivants qui m'ont été fournis dans le document intitulé « Renseignements importants à l'intention du consommateur » :

- Vos renseignements personnels et votre vie privée
- Préavis concernant MIB, Inc. (auparavant appelé « Bureau de renseignements médicaux »)
- Avis concernant le rapport du consommateur

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels, médicaux et financiers par l'Empire Vie et par toute autre partie aux avis, aux fins décrites dans les avis. J'autorise MIB, Inc. et toutes les agences d'investigation ou d'évaluation du crédit à fournir des renseignements à l'Empire Vie, à ses réassureurs, à ses agents ou à ses représentants. J'autorise l'Empire Vie à demander à ce que soient effectués des examens physiques, des électrocardiogrammes, des radiographies, des analyses sanguines, des analyses d'urine, des tests de dépistage de l'hépatite ou d'autres tests, y compris un test de dépistage du VIH (SIDA) et de certaines drogues ou de certains médicaments pouvant être nécessaires à l'évaluation de cette proposition. Je consens également à la divulgation du résultat de tout test, rapport ou renseignement personnel recueilli concernant mon état de santé à mon médecin traitant et au Bureau de la santé publique, lorsque la loi l'exige.

Je comprends que, si j'essaie de retirer ce consentement, l'Empire Vie ne sera plus en mesure de continuer à administrer cette police et qu'elle pourra donc l'annuler à sa discrétion. Si tel est le cas, aucune prestation ne sera alors payable et ni mes héritiers légaux ni moi-même ne pourrons alors exercer tout 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 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.**



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

<b>11.1</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>11.2</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>11.3</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>11.4</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.	
	<b>Signature du bénéficiaire irrévocable</b> (s'il y a lieu)	Nom en lettres moulées
	X	
	<b>Signature du cessionnaire</b> (s'il y a lieu)	Nom en lettres moulées
	X	
<b>11.5</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>11.6</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 : <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>FACULTATIF</b>	<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>11.7</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 conseiller</b>	Date (jj/mm/aaaa)
	X	
	Nom du témoin (veuillez écrire en lettres moulées)	

## 12. AUTORISATION DE TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS

<b>12.1</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>12.2</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)	
	Signature de l'assuré ou du parent/tuteur légal X	Date (jj/mm/aaaa)
	Signature du témoin 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.**

## 13. 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 13.10.

Si un adjoint administratif détenteur d'un permis a rempli la proposition en ne fournissant aucun conseil, il doit signer à la section 13.11.

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

<b>13.1 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>13.2 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>13.3 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>13.4 Divulguation 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>13.5 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>13.6 Notes du conseiller</b>				

## 13. RAPPORT DU CONSEILLER (SUITE)

<b>13.7 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>13.8 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 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 data-bbox="695 569 1570 611"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="329 617 686 659"></td> <td 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>13.9 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 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="2" 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 1203 949">Province</td> <td data-bbox="1211 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>13.10 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>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 1360 1570 1598"> <tr> <td data-bbox="329 1360 1211 1434"><b>Signature du conseiller</b> X</td> <td data-bbox="1219 1360 1570 1434">Date (jj/mm/aaaa)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="329 1440 1211 1503"><b>Signature du maître de stage</b> (s'il y a lieu, au Québec seulement) X</td> <td data-bbox="1219 1440 1570 1503">Date (jj/mm/aaaa)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="329 1509 1211 1598"><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 1509 1570 1598">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>13.11 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 1772 1570 1908"> <tr> <td data-bbox="329 1772 1211 1845"><b>Signature de l'adjoint administratif détenteur d'un permis</b> X</td> <td data-bbox="1219 1772 1570 1845">Date (jj/mm/aaaa)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="329 1852 1570 1908">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

### 14. 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 du consommateur

L'Empire Vie pourrait demander un rapport de consommateur sur votre situation ou mener une enquête personnelle à votre sujet concernant cette 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

### 15. 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 prévaudra.

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-divulgaration 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

- Si, alors que la présente convention est en vigueur, la personne à assurer décède ou reçoit un diagnostic d'une maladie grave selon la définition prévue dans les dispositions standards et que le décès ou la maladie grave résulte directement ou indirectement d'une condition liée à un problème de toxicomanie ou d'alcoolisme, d'un suicide, ou encore d'une blessure ou d'une maladie qu'elle s'est infligés elle-même, qu'elle soit saine d'esprit ou non, la responsabilité de l'Empire Vie se limitera au remboursement des primes payées.
- Aux termes de la présente convention, l'assurance en cas de maladies graves SécuriMax, 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. Aux termes du présent certificat, l'assurance en cas de maladies graves Protection MG de l'Empire Vie, s'il y a lieu, ne s'applique pas dans le cas d'un cancer ni de la garantie d'exonération des 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, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ incluant les protections DMA et MG.

#### 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

Cette convention est remise en échange du paiement d'un montant équivalant à une prime mensuelle pour l'assurance demandée dans la proposition (« paiement initial »). Pour que la présente convention prenne effet, en plus des dispositions prévues dans la présente convention, les conditions suivantes doivent être respectées :

- l'Empire Vie a reçu le paiement initial;
- 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 la présente proposition doit être honoré la première fois que l'Empire Vie le présente pour encaissement.