

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.
- 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

www.empire.ca



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. Le conseiller doit commander une entrevue téléphonique sur les antécédents personnels pour obtenir l'information requise.

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 : _____

1.1 Langue	Si la langue n'est pas précisée, nous communiquerons dans la langue de cette proposition. <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais			
1.2 Objectif de l'assurance	<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 : _____			
1.3 Assuré L'âge tarifé de tout assuré doit être de 18 à 65 ans inclusivement. * Requis uniquement si l'assuré est le titulaire et qu'il demande une Solution 100. ** 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. *** Nous pourrions utiliser les adresses de courriel fournies afin de communiquer avec vous à propos de cette proposition. ± 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.	Assuré 1			
	Prénom		Initiale	Nom de famille
	Adresse (numéro, rue)		Ville	
	Province	Code postal	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance
	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			
	Titre du poste		Emploi±	
	Assuré 2			
Prénom		Initiale	Nom de famille	
Adresse (numéro, rue)		Ville		
Province	Code postal	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance	
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				
Titre du poste		Emploi±		
1.4 Statut de résident		Assuré 1	Assuré 2	
A) Êtes-vous citoyen canadien?	<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) Êtes-vous résident canadien aux fins de l'impôt sur le revenu canadien?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
C) Possédez-vous le statut de résident permanent? Si « non », veuillez fournir des détails à la section 3.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
D) Si vous êtes résident permanent ou possédez un autre statut, depuis combien d'années vivez-vous au Canada?				

1. RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE (SUITE)

1.5 Titulaire

Assuré 1 Assuré 2 Titulaires conjoints – sont-ils des époux? oui non
 Société ou autre entité – remplissez le formulaire C-0044 Autre : _____

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.

Les titulaires conjoints détiennent la police conjointement avec un droit de survie, sauf au Québec ou à moins d'avis contraire.

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.

* Requis uniquement si l'assuré est le titulaire et qu'il demande une Solution 100.

** Nous pourrions utiliser les adresses de courriel fournies afin de communiquer avec vous à propos de cette proposition.

*** 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.

Titulaire 1				
Prénom		Initiale	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	
Adresse (numéro, rue)			Ville	
Province	Code postal	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance	N° d'assurance sociale*
N° de téléphone principal		Autre n° de téléphone		
Adresse de courriel**			Lien avec l'assuré	
Nom de l'employeur				
Titre du poste			Emploi***	

Titulaire 2				
Prénom		Initiale	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	
Adresse (numéro, rue)			Ville	
Province	Code postal	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance	N° d'assurance sociale*
N° de téléphone principal		Autre n° de téléphone		
Adresse de courriel**			Lien avec l'assuré	
Nom de l'employeur				
Titre du poste			Emploi***	

1.6 Titulaire subsidiaire/subrogé

Titulaire subsidiaire (toutes les provinces, sauf le Québec) – 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.

Prénom		Initiale	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	
Date de naissance			Lien avec le titulaire ou l'assuré	

Titulaire subrogé (au Québec) – 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.

Prénom		Initiale	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	
Date de naissance			Lien avec le titulaire ou l'assuré	

Québec seulement : En tant que titulaire 1, je désigne le titulaire 2 en tant que titulaire subrogé.
 En tant que titulaire 2, je désigne le titulaire 1 en tant que titulaire subrogé.

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.

Titulaire 1	<p>De quel pays êtes-vous résident aux fins de l'impôt?* (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) : _____ 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>Si vous n'avez pas de TIN, veuillez en spécifier la raison :</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>
Titulaire 2	<p>De quel pays êtes-vous résident aux fins de l'impôt?* (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) : _____ 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>Si vous n'avez pas de TIN, veuillez en spécifier la raison :</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>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 :</p> <p>a) occupé l'un des postes suivants au cours des cinq dernières années au Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • gouverneur général, lieutenant-gouverneur, ou chef d'un gouvernement fédéral ou provincial; • membre du Sénat ou de la Chambre des communes, ou membre d'une assemblée législative provinciale; • sous-ministre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement provincial, ou un poste équivalent; • chef d'un organisme gouvernemental fédéral ou provincial; • chef ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative; • maire d'une ville, d'un village ou d'une municipalité rurale ou métropolitaine; • président d'une société détenue en propriété exclusive par Sa Majesté du chef du Canada ou d'une province; • officier militaire avec rang de général ou rang supérieur; • juge d'une cour d'appel provinciale, de la Cour d'appel fédérale ou de la Cour suprême du Canada; ou • ambassadeur ou attaché ou conseiller d'un ambassadeur. <p>b) occupé l'un des postes suivants dans un pays autre que le Canada?</p> <ul style="list-style-type: none"> • chef d'État ou de gouvernement; • membre du conseil exécutif de gouvernement ou d'une assemblée législative; • chef ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative; • sous-ministre ou titulaire d'une charge de rang équivalent; • dirigeant d'une agence gouvernementale; • officier militaire avec rang de général ou rang supérieur; • juge; • président d'une banque ou d'une société d'État; ou • ambassadeur ou attaché ou conseiller d'un ambassadeur. <p>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?±±</p> <p>Titulaire 1 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez fournir des détails : _____</p> <p>Titulaire 2 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez fournir des détails : _____</p>	

2. RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

Renseignements financiers personnels

2.1 Renseignements financiers * Si « aucun », veuillez inscrire le revenu familial.	A) Assuré 1				A) Assuré 2				
	Revenu annuel gagné				Revenu annuel gagné				
	\$				\$				
	Revenu annuel d'autres sources*				Revenu annuel d'autres sources*				
	\$				\$				
	Autres sources de revenu				Autres sources de revenu				
B) Valeur nette approximative				B) Valeur nette approximative					
Actifs personnels _____ \$				Actifs personnels _____ \$					
Passifs personnels _____ \$				Passifs personnels _____ \$					
Valeur nette approximative totale _____ \$				Valeur nette approximative totale _____ \$					
C) Avez-vous déclaré faillite sur le plan personnel ou professionnel au cours des cinq (5) dernières années? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				C) Avez-vous déclaré faillite sur le plan personnel ou professionnel au cours des cinq (5) dernières années? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
Si « oui », veuillez indiquer la date de quittance : j j - m m - a a a a				Si « oui », veuillez indiquer la date de quittance : j j - m m - a a a a					
2.2 Remplacement/historique de l'assurance Si la protection demandée a pour but de remplacer une police d'assurance en vigueur ou une police d'assurance résiliée dans les six derniers mois, vous devez remplir un formulaire provincial de remplacement.	A) Détenez-vous une assurance vie (Vie), maladies graves (MG), décès et mutilation accidentels (DMA) ou invalidité individuelle (II) en vigueur ou en suspens auprès de l'Empire Vie ou d'un autre assureur? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », remplissez le tableau ci-dessous.								
	<input type="radio"/> Assuré 1 <input type="radio"/> Assuré 2	<input type="radio"/> En vigueur <input type="radio"/> En suspens	<input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG <input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II	Type de régime	<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Professionnelle	Assureur	Remplacer? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Année d'établissement 	Montant \$
	<input type="radio"/> Assuré 1 <input type="radio"/> Assuré 2	<input type="radio"/> En vigueur <input type="radio"/> En suspens	<input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG <input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II	Type de régime	<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Professionnelle	Assureur	Remplacer? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Année d'établissement 	Montant \$
	<input type="radio"/> Assuré 1 <input type="radio"/> Assuré 2	<input type="radio"/> En vigueur <input type="radio"/> En suspens	<input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG <input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II	Type de régime	<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Professionnelle	Assureur	Remplacer? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Année d'établissement 	Montant \$
	<input type="radio"/> Assuré 1 <input type="radio"/> Assuré 2	<input type="radio"/> En vigueur <input type="radio"/> En suspens	<input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG <input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II	Type de régime	<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Professionnelle	Assureur	Remplacer? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Année d'établissement 	Montant \$
	Indiquez le numéro de police si le remplacement vise une police de l'Empire Vie : L								
B) Si les demandes sont concurrentes, demandez-vous une seule police? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
C) Quel est le montant d'assurance total demandé auprès de tous les assureurs? _____ \$									

Renseignements financiers de l'entreprise (entreprise individuelle uniquement)

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 9.4 « Rapport du conseiller » et à la section 9.10 « Détermination des intérêts de tiers » si l'entreprise prévoit être le titulaire.

2.3 Détails de l'entreprise individuelle	Type d'entreprise 	Nombre d'années d'exploitation de l'entreprise 	
2.4 Valeur de l'entreprise individuelle	Actifs \$	Passifs \$	Valeur nette \$
2.5 Faillite	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		

3. INFORMATION ADDITIONNELLE

Veillez utiliser cette section pour fournir de l'information additionnelle sur les réponses données aux sections 1 et 2.

Question n°	Assuré	Détails

4. RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Si aucun bénéficiaire n'est désigné pour l'assuré ou que tous les bénéficiaires désignés décèdent avant celui-ci, nous verserons toute prestation au titulaire (s'il n'est pas l'assuré) ou à la succession du titulaire. **Les pourcentages pour tous les premiers bénéficiaires doivent totaliser 100 %.** Pour nommer d'autres bénéficiaires, utilisez le *Formulaire de désignation de bénéficiaires* (formulaire D-0017).

Personnes d'âge mineur :

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

Désignations de bénéficiaires irrévocable et révocable :

Une désignation de premier bénéficiaire est révocable, à moins que vous n'ayez coché la case « Irrévocable ». Au Québec, si un conjoint marié ou en union civile est désigné comme premier bénéficiaire, cette désignation est irrévocable, à moins d'avis contraire. Si vous désignez un premier bénéficiaire de façon irrévocable, vous ne pouvez pas changer ou révoquer ce bénéficiaire ni exercer certains droits et privilèges, comme des retraits, des cessions ou le transfert de la propriété, sans le consentement du bénéficiaire irrévocable. **Un bénéficiaire irrévocable d'âge mineur ne peut pas fournir son consentement.** Ainsi, si le bénéficiaire irrévocable est mineur, vous ne pouvez pas changer ou révoquer ce bénéficiaire ni exercer certains droits et privilèges, à moins d'obtenir un jugement du tribunal, là où la loi le permet. **Les pourcentages pour tous les premiers bénéficiaires doivent totaliser 100 %.**

Désignations de bénéficiaire subsidiaire/subrogé :

Un bénéficiaire subsidiaire/subrogé devient le bénéficiaire si tous les premiers bénéficiaires sont décédés avant l'assuré, selon le cas. Une désignation de bénéficiaire subsidiaire/subrogé est toujours révocable. **Les pourcentages pour tous les bénéficiaires subsidiaires/subrogés doivent totaliser 100 %.**

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

Bénéficiaire pour l'assuré 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="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="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="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="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable

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="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="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="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="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable

Bénéficiaire pour l'assuré 1 des prestations en cas de maladies graves 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="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="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="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="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable

Bénéficiaire pour l'assuré 2 des prestations en cas de maladies graves 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="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="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="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="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable

Fiduciaire pour tout bénéficiaire mineur désigné ci-dessus			
Prénom	Initiale	Nom de famille	

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

5.2 Avenants

<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	Assuré 1 - montant :	\$
<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	Assuré 1 - montant :	\$
<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	Assuré 2 - montant :	\$
<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	Assuré 2 - montant :	\$

5.3 Garanties complémentaires pour l'assuré

	Assuré 1	Assuré 2
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 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

6.1 Information sur le paiement des primes

- Montant de la prime initiale soumise avec cette proposition
 La prime initiale sera recueillie au moment de la livraison de la police.
 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.

6.2 Débits préautorisés (DPA)

Pour les DPA mensuels, les primes seront prélevées du :

- Compte indiqué sur le chèque de la prime initiale
 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^{er} au 28^e jour du mois)

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

6.3 Antidatation

À moins d'avis contraire, la police portera la date courante.

- La police sera antidatée pour préserver l'âge.

Si la police est antidatée, veuillez indiquer la date :

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 (par 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'aviserais 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.
- 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.

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

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, si celle-ci est établie.
- Je consens à ce que l'Empire Vie communique le résultat de tout test, rapport ou autre renseignement personnel recueilli sur mon état de santé à mon médecin traitant, si elle considère qu'elle le fait dans mon intérêt primordial ou conformément à la loi, et au directeur de la santé publique, si la loi l'exige.
- Je comprends que, si je retire ce consentement, l'Empire Vie 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.

7.1 Signature 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 » 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.		
	Signature de l'assuré 1 X	Fait à (ville et province/territoire)	
	Signature du témoin X	Date j j - m m - a a a a	
	Prénom du témoin	Nom de famille	
	Signature de l'assuré 2 X	Fait à (ville et province/territoire)	
	Signature du témoin X	Date j j - m m - a a a a	
Prénom du témoin	Nom de famille		
7.2 Signature d'un titulaire S'IL N'EST PAS 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 » et que je consens à l'utilisation de mes renseignements personnels comme il y est mentionné.		
	Signature de titulaire 1 X	Fait à (ville et province/territoire)	
	Prénom du titulaire	Nom de famille	
	Signature du témoin X	Date j j - m m - a a a a	
	Prénom du témoin	Nom de famille	
	Signature du titulaire 2 X	Fait à (ville et province/territoire)	
Prénom du titulaire	Nom de famille		
Signature du témoin X	Date j j - m m - a a a a		
Prénom du témoin	Nom de famille		
7.3 DPA mensuels et compte d'entreprise	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.		
	Signature X	Prénom du signataire autorisé	Nom de famille
7.4 Autorisation de divulguer des renseignements personnels au conseiller (et à l'agence) FACULTATIF	J'autorise : 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"> • résultats de tests médicaux ou tests de laboratoire; • maladie, affections, conditions médicales, médicaments, usage de drogues ou d'alcool et/ou réadaptation; • tout autre problème lié à la santé; et • dossier judiciaire (civil ou criminel) ou autres faits personnels ou financiers. 		
	Je comprends et je consiens que : <ul style="list-style-type: none"> • l'Empire Vie peut divulguer des renseignements personnels, tels que décrits ci-dessus, à mon conseiller (et à l'agence); • 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 • 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. 		
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.			
Signature de l'assuré 1 X	Signature de l'assuré 2 X		
Signature du titulaire (si autre que l'assuré 1) X	Signature du titulaire (si autre que l'assuré 2) X		

Cette page est laissée vierge intentionnellement.

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.

8.1 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 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, 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.</p> <p>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.</p>	
8.2 Signature de l'assuré	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"/>		
Signature de l'assuré X		Date <input type="text"/>
Signature du témoin 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"/>		

8.1 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 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, 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.</p> <p>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.</p>	
8.2 Signature de l'assuré	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"/>		
Signature de l'assuré X		Date <input type="text"/>
Signature du témoin 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.

12. RAPPORT DU CONSEILLER (SUITE)

9.11 Signature du conseiller détenteur d'un permis

J'ai fourni au titulaire et à l'assuré un énoncé de divulgation mentionnant les permis que je détiens et les provinces dans lesquelles ils sont valides, les sociétés que je représente, le fait que je reçoive une rémunération pour la vente de produits d'assurance vie et santé, y compris la possibilité que je reçoive une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, de participation à des congrès ou d'autres incitatifs, de même que tout conflit d'intérêt réel ou potentiel.

J'ai fourni au titulaire et à l'assuré le nom de tous les agents d'assurance qui auront accès à leurs renseignements personnels et à la police. Ils sont énumérés à la section 9.2.

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 ou le rapport du conseiller et qui pourrait avoir une incidence sur l'appréciation des risques et l'acceptation de cette proposition.

J'ai effectué une détermination des intérêts de tiers, tel qu'il est décrit dans ce rapport du conseiller, et, dans le cas d'une demande pour Solution 100, j'ai vérifié l'identité de tout titulaire et tout indice de sa possible citoyenneté américaine ou situation de résidence aux fins de l'impôt d'un pays autre que le Canada et les États-Unis.

Je sais que l'Empire Vie peut communiquer directement avec le titulaire de police et l'assuré.

Signature du conseiller

Date
 | | | - | | | | - | | | | | |
Signature du maître de stage (s'il y a lieu, au Québec seulement)

Date
 | | | - | | | | - | | | | | |
Signature du conseiller attiré (s'il est différent du conseiller précité). J'ai revu la proposition et le rapport du conseiller.

Date
 | | | - | | | | - | | | | | |
9.12 Signature de l'adjoint administratif détenteur d'un permis qui a rempli la proposition (s'il y a lieu)

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.

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.

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.

Signature de l'adjoint administratif détenteur d'un permis

Date
 | | | - | | | | - | | | | | |
Prénom de l'adjoint administratif détenteur d'un permis
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Nom de famille
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 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 peut faire appel à des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de 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 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 Web à www.empire.ca.

Préavis concernant MIB, Inc.

Sauf lorsque la loi l'exige, les renseignements touchant votre assurabilité sont strictement confidentiels. L'Empire Vie ou ses réassureurs peuvent cependant en faire un bref rapport à MIB, Inc. MIB, Inc. est un organisme sans but lucratif dont font partie les assureurs vie et qui s'occupe de l'échange de renseignements pour le compte de ses membres. Si vous demandez une assurance vie, maladie ou invalidité d'une autre société membre de MIB, Inc., ou que vous soumettez une demande de règlement à cette autre société, MIB, Inc. donnera, sur demande, à cette société les renseignements qu'il possède en dossier à votre sujet. 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, avenue University, bureau 501
Toronto ON M5G 1R7
Téléphone : 416 597-0590
Site : 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 soumettre une demande de règlement.

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 ON 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.

^{MD} Marque déposée de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. ^{MC} Marque de commerce de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

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

Assurance et placements

Avec simplicité, rapidité et facilité^{MD}

