

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE ENTIÈRE



Liste de vérification à l'intention du conseiller

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

- Le paiement de la prime initiale est soumis avec la proposition (s'il y a lieu).
- L'information bancaire pour les paiements par débits préautorisés (DPA) a été fournie (s'il y a lieu).
- Les renseignements fournis dans la proposition correspondent à ceux de l'illustration.
- Les réponses à la série de questions d'appréciation des risques appropriée ont été données — consultez la section « **Renseignements importants à lire avant de remplir cette proposition** » au verso de la page couverture.
- Le titulaire proposé de la police et toute personne à assurer ont reçu la page « **Renseignements importants à l'intention du consommateur** » (section 13).
- Si le titulaire proposé a demandé une assurance provisoire, il a reçu la « **Convention d'assurance provisoire** » (section 14).

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

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 », « notre », « nos » et « nous » s'entendent de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. De plus, le masculin singulier est utilisé comme générique pour désigner des personnes, dans le seul but de ne pas alourdir le texte. Un test génétique est défini comme l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de maladies ou de risques de transmission verticale, ou la surveillance, le diagnostic ou le pronostic. « Analyse génétique » a une signification similaire.

Le titulaire et l'assuré sont responsables de fournir des renseignements complets et exacts dans la proposition et dans tout autre questionnaire ou formulaire connexe. **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 rencontrer le conseiller en personne pour remplir cette proposition.

Veillez écrire lisiblement avec un crayon à l'encre noire. 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 vos initiales à côté de celle-ci, 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 de police, si un contrat de police est établi et prend effet.

Si vous demandez une protection Optimax Patrimoine ou AssurMax, veuillez soumettre une illustration signée avec cette proposition.

NOTES IMPORTANTES POUR LE CONSEILLER

Remplissez le formulaire C-0044 intitulé « Supplément – Société/Autre entité titulaire » 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

La section 5 propose trois régimes d'assurance vie entière pouvant être utilisés comme produit de base. Chaque assuré proposé ne peut demander qu'UN PRODUIT DE BASE par proposition. **Si un assuré proposé souhaite demander un autre produit de BASE, il doit remplir une autre proposition.**

Les avenants et les garanties complémentaires peuvent être ajoutés aux produits d'assurance vie de base.

Afin de recueillir les renseignements personnels et médicaux d'un assuré, vous pouvez demander une entrevue téléphonique sur les antécédents personnels à la section 12.7 ou répondre à l'une des trois séries de questions de la section 7 :

- **7.1 Adulte – Série de questions complète**
- **7.2 Adulte – Série de questions courte**
- **7.3 Enfants – Série de questions**

Veillez lire les instructions dans le haut de chaque série de questions afin de vous assurer de répondre à la bonne série de questions.

Veillez à ne pas discuter de tests génétiques avec votre client. Ne documentez pas les résultats de tous tests génétiques lorsque vous indiquez les réponses aux questions concernant les antécédents familiaux ou toute autre question médicale à moins que le client indique clairement qu'il souhaite que l'Empire Vie utilise les résultats d'un test génétique dans l'examen de son assurabilité et qu'il a rempli et dûment signé le formulaire INS-1853 « Consentement et attestation relatifs à l'utilisation de résultats de tests génétiques » qui doit être soumis avec la proposition.

Le formulaire INS-1853 « Consentement et attestation relatifs à l'utilisation de résultats de tests génétiques » est facultatif. L'Empire Vie n'utilise pas ce consentement pour fournir ou maintenir une protection d'assurance ou pour conclure ou maintenir un contrat d'assurance. L'Empire Vie ne peut pas recueillir, utiliser ou divulguer les résultats d'un test génétique sans le consentement écrit de la personne concernée, à moins que la loi ne l'y autorise.

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 Proposition d'essai	<input type="radio"/> Oui - ne demandez pas d'exigences sur l'âge/le montant ni d'examen paramédical. 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.					
1.4 Transformation Remplissez cette section si vous demandez la transformation complète ou partielle d'une police en vigueur de l'Empire Vie. Si la police en vigueur comporte des valeurs de rachat, remplissez le formulaire C-0056.	Assuré	Police de l'Empire Vie n°	Transformation	Détails relatifs à la transformation partielle		
	1	_____ L	<input type="radio"/> complète <input type="radio"/> partielle	Montant de la transformation	Solde à :	
	2	_____ L	<input type="radio"/> complète <input type="radio"/> partielle		\$ <input type="radio"/> annuler <input type="radio"/> conserver	
Pour les transformations qui comprennent une exonération des primes, l'un des assurés au titre de cette proposition est-il actuellement invalide en raison d'une blessure ou d'une maladie? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						
1.5 Assuré * 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. Pour les assurés dont l'âge tarifé est de moins de 18 ans, les taux pour enfants s'appliqueront. ** Nous pourrions utiliser les adresses de courriel fournies afin de communiquer avec vous à propos de cette proposition. Chaque titulaire et chaque assuré doivent fournir une adresse de courriel différente. Pour les enfants assurés, nous demandons l'adresse de courriel du parent ou du tuteur légal qui signera la proposition. ± 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	Numéro d'assurance sociale	
	Pays natal			État civil : <input type="radio"/> marié <input type="radio"/> célibataire <input type="radio"/> conjoint de fait <input type="radio"/> veuf <input type="radio"/> séparé <input type="radio"/> divorcé		
	<input type="radio"/> Fumeur* <input type="radio"/> Non-fumeur	N° de téléphone principal		Autre numéro 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	Numéro d'assurance sociale	
	Pays natal			État civil : <input type="radio"/> marié <input type="radio"/> célibataire <input type="radio"/> conjoint de fait <input type="radio"/> veuf <input type="radio"/> séparé <input type="radio"/> divorcé		
	<input type="radio"/> Fumeur* <input type="radio"/> Non-fumeur	Numéro de téléphone principal		Autre numéro de téléphone		
Adresse de courriel**						
Nom de l'employeur						
Titre du poste			Emploi±			

1. RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE (SUITE)

1.6 Statut de résidence		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
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
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
D) Si vous êtes résident permanent ou possédez un autre statut, depuis combien d'années vivez-vous au Canada?			

Si vous répondez « oui » à la question A, ne répondez pas aux questions C et D.

1.7 Titulaire 1		<input type="radio"/> Assuré 1 <input type="radio"/> Assuré 2 <input type="radio"/> Titulaires conjoints – S'agit-il de titulaires conjoints qui sont époux? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> Société ou autre entité – remplissez le formulaire C-0044. <input type="radio"/> Autre	
Remplissez cette section uniquement si le titulaire n'est pas l'un des assurés inscrits à la section 1.5. 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 que nous ne recevions un avis stipulant autrement. 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 le titulaire demande une exonération des primes. 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. Pour les assurés dont l'âge tarifé est de moins de 18 ans, les taux pour enfants s'appliqueront. ** Nous pourrions utiliser les adresses de courriel fournies afin de communiquer avec vous à propos de cette proposition ou de toute police établie en fonction 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 nom de la société/l'entité
Adresse (numéro, rue)		Ville	
Province	Code postal	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance
			Numéro d'assurance sociale
<input type="radio"/> Fumeur* <input type="radio"/> Non-fumeur	Numéro de téléphone principal		Autre numéro 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 nom de la société/l'entité
Adresse (numéro, rue)		Ville	
Province	Code postal	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance
			Numéro d'assurance sociale
<input type="radio"/> Fumeur* <input type="radio"/> Non-fumeur	Numéro de téléphone principal		Autre numéro de téléphone
Adresse de courriel**		Lien avec l'assuré	
Nom de l'employeur			
Titre du poste		Emploi†	

1.8 Titulaire subsidiaire/subrogé	
Titulaire subsidiaire (toutes les provinces, sauf le Québec) – Si tous les titulaires décèdent avant l'assuré ou que la police est détenue conjointement sans droit de survie et que l'un des titulaires décède, le titulaire subsidiaire devient le titulaire, ou s'il n'y a aucun titulaire subsidiaire, l'assuré deviendra le titulaire.	
Prénom	Initiale
Date de naissance	
Lien avec le titulaire ou l'assuré	
Titulaire subrogé (au Québec) – Au Québec, un titulaire subrogé deviendra le titulaire si le titulaire désigné décède. Si l'on n'a pas désigné de titulaire subrogé, l'assuré deviendra le titulaire. Pour les polices détenues conjointement, si aucun titulaire subrogé n'est désigné pour un titulaire décédé, l'assuré deviendra titulaire conjointement avec le titulaire conjoint survivant.	
Prénom	Initiale
Date de naissance	
Lien avec le titulaire ou l'assuré	
Québec seulement : <input type="radio"/> En tant que titulaire 1, je désigne le titulaire 2 à titre de titulaire subrogé. <input type="radio"/> En tant que titulaire 2, je désigne le titulaire 1 à titre de titulaire subrogé.	

1. RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE (SUITE)

1.9 Vérification de l'identité du titulaire

Le conseiller doit vérifier l'identité de chaque titulaire individuel en leur présence, à l'aide d'une pièce d'identité valide et originale émise par le gouvernement et qui comporte une photo. Le conseiller doit confirmer qu'il s'agit bien du nom et de la photo du titulaire.

Si le titulaire ne possède pas de pièce d'identité valide émise par le gouvernement, veuillez remplir la section 1.2 du formulaire D-0011 «Vérification de l'identité du (des) titulaire(s)/détermination des personnes politiquement vulnérables et des intérêts tiers ». Si vous utilisez une carte de citoyenneté pour faire la vérification, la carte doit avoir été émise avant janvier 2012.

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

* Un membre de la 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 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 diriger 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	<input type="radio"/> Passeport <input type="radio"/> Permis de conduire <input type="radio"/> Carte d'assurance maladie provinciale (sauf au Man., en Ont. et à l'Î.-P.-É.) <input type="radio"/> Autre _____	
	Numéro de la pièce d'identité	Date d'expiration
	Juridiction et pays d'émission	Date de la vérification
	De quel pays êtes-vous résident aux fins de l'impôt? (Veuillez cocher tout ce qui s'applique.) <input type="radio"/> Canada <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 <input type="radio"/> Autre – Précisez le pays : _____ TIN : _____ Si vous n'avez pas de TIN, veuillez en spécifier la raison : <input type="radio"/> J'effectuerai une demande, ou j'ai déjà effectué une demande, mais je n'ai pas encore reçu mon TIN. <input type="radio"/> La juridiction de ma résidence fiscale n'émet pas de TIN pour ses résidents. <input type="radio"/> Autre – précisez la raison _____	
Titulaire 2	<input type="radio"/> Passeport <input type="radio"/> Permis de conduire <input type="radio"/> Carte d'assurance maladie provinciale (sauf au Man., en Ont. et à l'Î.-P.-É.) <input type="radio"/> Autre _____	
	Numéro de la pièce d'identité	Date d'expiration
	Juridiction et pays d'émission	Date de la vérification
	De quel pays êtes-vous résident aux fins de l'impôt? (Veuillez cocher tout ce qui s'applique.) <input type="radio"/> Canada <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 <input type="radio"/> Autre – Précisez le pays : _____ TIN : _____ Si vous n'avez pas de TIN, veuillez en spécifier la raison : <input type="radio"/> J'effectuerai une demande, ou j'ai déjà effectué une demande, mais je n'ai pas encore reçu mon TIN. <input type="radio"/> La juridiction de ma résidence fiscale n'émet pas de TIN pour ses résidents. <input type="radio"/> Autre – précisez la raison _____	

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 :

a) occupé l'un des postes suivants au cours des cinq dernières années au Canada?

- 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.

b) occupé l'un des postes suivants dans un pays autre que le Canada?

- 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.

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?±±

Titulaire 1 oui non Si « oui », veuillez fournir des détails : _____

Titulaire 2 oui non Si « oui », veuillez fournir des détails : _____

3. INFORMATION ADDITIONNELLE

Veuillez 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 l'assuré, nous verserons toute prestation payable au titulaire (s'il n'est pas l'assuré), sinon 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 (D-0017).

Personnes d'âge mineur :

Un 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 parent ou 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.

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 1 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 maladie grave payables du vivant de l'assuré			
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré. Au Québec, lien avec le titulaire			<input type="radio"/> Parts égales OU [] [] [] [] % <input type="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 maladie grave payables du vivant de l'assuré			
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré. Au Québec, lien avec le titulaire			<input type="radio"/> Parts égales OU [] [] [] [] % <input type="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, **SOIT** la Protection MG Plus dans une même police.
- Le montant de protection maximal viager de Protection MG de l'Empire Vie est de 75 000 \$ par assuré.
- Le montant de protection maximal viager pour toutes les protections d'assurance en cas de maladies graves auprès de l'Empire Vie est de 2 000 000 \$ par assuré.

5.1 Protection de base – Vous ne pouvez choisir qu'UN PRODUIT DE BASE par proposition.

Assurance vie permanente avec participation

Un seul produit avec participation par police est permis. * Payable jusqu'à l'âge de 100 ans ** Cette option n'est pas offerte avec une protection 8 primes si l'assuré s'est vu attribuer une surprime par l'Empire Vie.	Choisir une protection : <input type="radio"/> AssurMax ^{MD} OU <input type="radio"/> Optimax Patrimoine ^{MD}			
	<input type="radio"/> Assuré 1 OU <input type="radio"/> Assuré 2 OU <input type="radio"/> Conjointe payable au 1^{er} décès OU <input type="radio"/> Conjointe payable au 2^e décès			
	<input type="radio"/> 8 primes <input type="radio"/> 20 primes <input type="radio"/> Primes viagères*	Montant \$	Protection enrichie \$	Protection totale \$
Option de participation - choisir une option :				
<input type="radio"/> Versement en espèces <input type="radio"/> Bonifications d'assurance libérée** <input type="radio"/> Participations capitalisées				
<input type="radio"/> Réduction de la prime annuelle (prime annuelle seulement) <input type="radio"/> Protection enrichie** (garantie à vie)				
FACULTATIF - Dépôt initial au compte auxiliaire (non exempté) _____ \$ (Le paiement doit être effectué par chèque à l'ordre de l'Empire Vie.)				

Assurance vie permanente sans participation

<input type="radio"/> Solution 100 ^{MD}	Assuré 1 - montant : \$
<input type="radio"/> Solution 100	Assuré 2 - montant : \$
<input type="radio"/> Solution 100 Protection conjointe – <input type="radio"/> payable au 1 ^{er} décès OU <input type="radio"/> payable au 2 ^e décès	Protection conjointe - montant : \$

Avenants et garanties complémentaires pour l'assuré

5.2 Avenants Veuillez remplir la série de questions Adulte – Série de questions complète à la section 7.1 si vous demandez une assurance en cas de maladies graves Protection MG Plus de l'Empire Vie.	<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	Assuré 1 - montant : \$
	<input type="radio"/> Protection MG ^{MD} 10 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG 20 de l'Empire Vie <input type="radio"/> Protection MG Plus ^{MD} 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 * Le montant maximal de l'exonération des primes est de 24 000 \$ par année, par assuré. ** Si la proposition concerne un avenant Protection vie ou maladies graves pour enfants, veuillez répondre à la série de questions Enfants - Série de questions à la section 7.3.		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
	Exonération pour enfants (en cas d'invalidité ou de décès du payeur; âge maximal à l'établissement de 45 ans) (Solution 100 seulement)	<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)	\$	\$
	Avenant Protection vie pour enfants** (âge maximal à l'établissement de 17 ans)	\$	\$
	Avenant Protection maladies graves pour enfants** (âge maximal à l'établissement de 17 ans)	\$	\$

5.4 Garanties complémentaires pour le titulaire * Le montant maximal de l'exonération des primes est de 24 000 \$ par année, par assuré.	Titulaire qui n'est pas un assuré : quelles garanties complémentaires désirez-vous souscrire pour ce titulaire?	
	Exonération des primes* (en cas d'invalidité)	<input type="radio"/> Titulaire 1 <input type="radio"/> Titulaire 2
	Exonération pour enfants (en cas d'invalidité ou de décès du payeur)	<input type="radio"/> Titulaire 1 <input type="radio"/> Titulaire 2
Si « oui », veuillez remplir le formulaire D-0060 (Adulte – Série de questions complète).		

7.1 ADULTE – SÉRIE DE QUESTIONS COMPLÈTE (SUITE)

Renseignements médicaux (suite)	Assuré 1	Assuré 2
<p>Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir des détails dans la section « Détails additionnels » à la page 13. Veuillez inclure les dates des événements, la durée, le traitement, le diagnostic, si le problème est réglé ou actuel, les dates et les résultats de tout test effectué (à l'exclusion d'un test génétique) ainsi que les noms et adresses de tous les professionnels et établissements médicaux.</p>		
<p>3. Avez-vous déjà eu, vous a-t-on déjà dit que vous aviez eu ou avez-vous reçu un traitement ou des conseils pour les conditions suivantes :</p>		
a) crise cardiaque, chirurgie cardiaque, souffle au cœur, chirurgie de l'artère coronaire, arythmie, stimulateur cardiaque, chirurgie valvulaire, douleurs thoraciques, essoufflement?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) anévrisme, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), anévrisme cérébral, maladie d'Alzheimer, démence, déficience cognitive, perte de mémoire, tremblements, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, épilepsie, convulsions, paralysie cérébrale, traumatisme crânien, hydrocéphalie, perte de conscience, perte de l'usage de la parole, perte de l'audition ou perte de la vue?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) cancer, tumeur, polype, kyste, masse, malignité, nævus dysplasique ou excision d'un grain de beauté?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
d) diabète, hyperglycémie, glycosurie, ou tout trouble des glandes endocriniennes ou thyroïdiennes?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
e) caillots sanguins, trouble de la circulation, maladie vasculaire périphérique, hypertension, hypercholestérolémie, enflure des chevilles ou des jambes, anémie, hémophilie ou tout trouble sanguin?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
f) sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA), faiblesse musculaire, fourmillements ou engourdissement aux extrémités ou toute maladie du motoneurone?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
g) apnée du sommeil, emphysème, tuberculose, asthme, bronchite chronique, ou tout autre maladie ou trouble respiratoire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
h) hépatite ou porteur de l'hépatite, cirrhose, jaunisse, pancréatite, ou tout trouble du foie, de la vessie, des reins, du pancréas ou de la vésicule biliaire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
i) arthrite, polyarthrite rhumatoïde, arthrose, lupus, dystrophie musculaire ou paralysie?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
j) syndrome de l'immunodéficience acquise (sida), ou avez-vous déjà reçu un résultat positif à un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
k) avez-vous déjà reçu un traitement ou suivi une thérapie pour usage d'alcool ou de drogue?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu, ou vous a-t-on dit que vous aviez eu, ou avez-vous reçu un traitement ou des conseils pour :</p>		
a) un résultat anormal lors d'une mammographie, d'un test d'imagerie mammaire, d'un test Pap ou d'un test de dépistage de l'antigène spécifique de la prostate?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) un ulcère, une colite ulcéreuse, la maladie de Crohn, le syndrome du côlon irritable, une diverticulite, des saignements intestinaux ou rectaux, ou tout trouble de l'estomac, de l'intestin ou du système digestif?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) un trouble bipolaire, une psychose ou une dépression pour laquelle on vous a prescrit des médicaments ou une thérapie ou avez-vous déjà été hospitalisé pour tout trouble dépressif ou nerveux, ou avez-vous déjà envisagé ou essayé de vous suicider?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
d) une douleur chronique, une fatigue chronique, une fibromyalgie, ou toute blessure au dos, à la colonne vertébrale, au cou ou au système musculo-squelettique?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>5. À l'exclusion des tests génétiques, avez-vous, au cours des 5 dernières années :</p>		
a) subi une chirurgie, été hospitalisé (pour autre chose qu'un accouchement), été dirigé vers un médecin spécialiste ou subi des tests cliniques dont les résultats ne sont pas encore connus?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) reçu la recommandation de subir des tests cliniques, des traitements ou une intervention chirurgicale non encore effectués, ou avez-vous conscience de symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté de médecin?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>6. Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait usage de cocaïne, d'héroïne, de marijuana ou de toute drogue non prescrite par votre médecin, autre que les médicaments en vente libre, ou avez-vous été admis dans tout établissement pour un tel usage, ou avez-vous fait usage de marijuana sur ordre de votre médecin?</p>		
	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>7. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consommé plus de 21 unités d'alcool par semaine?</p>		
<p>Remarque : 1 unité d'alcool représente 1 verre de vin, 1 bière ou 1,5 oz d'alcool fort.</p> <p>Si vous répondez « oui », veuillez inscrire le nombre de consommations par semaine à la section « Détails additionnels ».</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

7.2 ADULTE – SÉRIE DE QUESTIONS COURTE

Renseignements importants pour le conseiller :

- Répondez à cette série de questions pour un assuré dont l'âge tarifé est entre 18 et 45 ans qui demande une protection d'assurance vie de 300 000 \$ ou moins et/ou une Protection MG 10 ou une Protection MG 20 de l'Empire Vie de 75 000 \$ ou moins et dont le montant de protection maximal ne sera pas dépassé (voir ci-dessous).
- Le montant maximal d'assurance vie qu'il est possible de demander à l'aide de la série Adulte - Série de questions courtes est de 300 000 \$. Ce montant comprend toute protection en vigueur demandée au moyen de la série Adulte - Série de questions courtes.

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

Nom et adresse du médecin/de l'infirmière clinicienne de l'assuré 1 :
Nom et adresse du médecin/de l'infirmière clinicienne de l'assuré 2 :

Renseignements médicaux	Assuré 1	Assuré 2
1. Je comprends que je dois répondre à toutes les questions de façon véridique.	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui
2. Quelle est votre taille? Quel est votre poids?	_____ <input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi/po _____ <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	_____ <input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi/po _____ <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb
Si vous répondez « oui » à une ou plusieurs des questions 3 à 11, veuillez fournir des détails dans la section « Détails additionnels » à la page 16. Veuillez inclure les dates des événements, la durée, le traitement, le diagnostic, si le problème est réglé ou actuel, les dates et les résultats de tout test effectué (à l'exclusion d'un test génétique) ainsi que les noms et adresses de tous les professionnels et établissements médicaux.		
3. Avez-vous déjà eu les conditions suivantes, ou vous a-t-on déjà dit que vous les aviez eues :		
a) crise cardiaque, chirurgie cardiaque, arythmie, chirurgie de l'artère coronaire, accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) cancer, tumeur, masse ou malignité (autre qu'un carcinome basocellulaire)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) maladie des poumons ou maladie respiratoire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
d) diabète?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
e) maladie du foie, des reins, de la vessie, des intestins ou du système digestif?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
f) trouble bipolaire ou psychose, ou avez-vous déjà été hospitalisé pour un trouble psychiatrique?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
g) arthrite, lupus, dystrophie musculaire, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
h) syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou avez-vous déjà reçu un résultat positif à un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
i) avez-vous déjà été accusé d'une infraction criminelle?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous :		
a) été admis dans un hôpital ou un centre de réadaptation pendant plus de 2 jours consécutifs (pour autre chose qu'un accouchement)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) fait usage de cocaïne, d'héroïne, de marijuana ou de toute drogue non prescrite par votre médecin, autre que des médicaments en vente libre?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) fait usage de marijuana sur ordre de votre médecin?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

7.3 ENFANTS – SÉRIE DE QUESTIONS

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

Pour l'ajout d'un avenant Protection vie ou MG pour enfants, veuillez répondre aux questions 4 à 9 et remplir les renseignements sur l'avenant pour enfants de la page suivante. L'entretien téléphonique sur les antécédents personnels n'est pas offert pour la Protection vie ou MG pour enfants.

Nom et adresse du médecin/de l'infirmière clinicienne de l'enfant 1 :

Nom et adresse du médecin/de l'infirmière clinicienne de l'enfant 2 :

Renseignements médicaux	Enfant 1	Enfant 2	
1. Je comprends que je dois répondre à toutes les questions de façon véridique.	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui	
2. Quelle est la taille de l'enfant? Quel est le poids de l'enfant?	_____ <input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi/po _____ <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	_____ <input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi/po _____ <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	
Si l'enfant à assurer a entre 0 et 2 ans, veuillez répondre à la question 3. Sinon, poursuivez à la question 4.			
3. L'enfant est-il né prématurément (moins de 37 semaines de grossesse)? Si oui, quel était son poids à la naissance?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non _____ <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non _____ <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	
Si vous répondez « oui » à une ou plusieurs des questions 4 à 6, veuillez fournir des détails dans la section « Détails additionnels » à la page 19. Veuillez inclure les dates des événements, la durée, le traitement, le diagnostic, si le problème est réglé ou actuel, les dates et les résultats de tout test effectué (à l'exclusion d'un test génétique) ainsi que les noms et adresses de tous les professionnels et établissements médicaux.			
4. L'enfant a-t-il déjà reçu un traitement pour ces conditions ou en a-t-il déjà présenté des symptômes :	Enfant 1	Enfant 2	Tout enfant en vertu de l'avenant Protection vie ou MG pour enfants
a) souffle au cœur ou tout autre maladie ou trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins?	<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) cancer, tumeur, sarcome, leucémie, ou toute masse ou malignité?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) diabète, ou de tout autre maladie ou trouble endocrinien?	<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) hémophilie, trouble de saignement ou tout autre maladie ou trouble sanguin?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
e) maladie de Crohn, colite ulcéreuse, hépatite ou tout autre maladie ou trouble de l'intestin, de l'estomac ou du foie?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
f) asthme, fibrose kystique, ou tout autre maladie ou trouble respiratoire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
g) dépression, anxiété, trouble du déficit de l'attention ou tout autre maladie ou trouble psychiatrique, émotionnel ou nerveux?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
h) maladie ou trouble des reins ou des voies urinaires?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
i) dystrophie musculaire, sclérose en plaques, paralysie ou tout autre maladie ou trouble neurologique?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
j) syndrome de Down, retard de développement, autisme, syndrome d'Asperger, paralysie cérébrale ou tout autre maladie ou trouble congénital?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
k) épilepsie, convulsions, ou tout autre maladie ou trouble du cerveau?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
l) cécité ou surdité?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
m) syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) ou a-t-il reçu un résultat positif à un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
5. L'enfant a-t-il été hospitalisé (autre que lors de sa naissance), ou a-t-il subi une chirurgie (pour autre chose qu'une amygdalectomie, une appendicectomie, une réparation herniaire ou l'insertion de tubes dans les oreilles)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
6. Existe-t-il d'autres conditions ou symptômes médicaux (autre que le rhume, la grippe, la varicelle, l'amygdalectomie, l'appendicectomie, la réparation herniaire ou les infections des oreilles) non encore mentionnés (à l'exclusion d'un test génétique) pour lesquels l'enfant :			
a) a reçu un traitement ou l'attend?	<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) est en observation ou attend des résultats d'analyses?	<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) n'a pas encore vu de médecin?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

8. INFORMATION SUR LE PAIEMENT DES PRIMES

<p>8.1 Information sur le paiement des primes</p> <p>* Si vous choisissez cette option, nous n'offrons pas d'assurance provisoire.</p> <p>Les chèques doivent être payables à l'ordre de l'Empire Vie.</p>	<p><input type="radio"/> Montant de la prime initiale soumise avec cette proposition</p> <p><input type="radio"/> La prime initiale sera recueillie au moment de la livraison de la police*</p> <p><input type="radio"/> Retrait de la prime initiale par débits préautorisés (DPA)*</p> <p>Le montant de DPA ne peut pas comprendre les paiements au compte auxiliaire si vous choisissez la protection AssurMax ou Optimax Patrimoine.</p> <p>Qui paiera les primes? <input type="radio"/> Titulaire <input type="radio"/> Assuré</p> <p><input type="radio"/> Tiers - veuillez remplir la section 12.10 « Détermination des intérêts de tiers » si vous choisissez la protection AssurMax ou Optimax Patrimoine.</p> <p>Comment seront payées les primes? <input type="radio"/> DPA mensuels* <input type="radio"/> Facturation annuelle</p> <p>* Le montant mensuel des DPA correspond à la prime annuelle multipliée par un facteur de 0,09.</p>
<p>8.2 Débits préautorisés (DPA)</p>	<p>Pour les DPA mensuels, les primes seront prélevées du :</p> <p><input type="radio"/> Compte indiqué sur le chèque de la prime initiale</p> <p><input type="radio"/> Compte indiqué sur le chèque annulé ci-joint ou le formulaire d'autorisation de débits préautorisés de mon institution financière</p> <p><input type="radio"/> Même compte que la police de l'Empire Vie n° : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Date du prélèvement automatique <input type="text"/> <input type="text"/> (du 1^{er} au 28^e jour du mois)</p> <p>Si aucune date n'est indiquée, nous utiliserons la date d'établissement (d'effet) de la police.</p>
<p>8.3 Antidatation</p>	<p>À moins d'avis contraire, la police portera la date courante.</p> <p><input type="radio"/> La police sera antidatée pour préserver l'âge.</p> <p>Si la police est antidatée, spécifiez la date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>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.</p>

9. DEMANDE D'ASSURANCE PROVISOIRE POUR L'ASSURÉ PROPOSÉ

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

<p>9.1</p> <p>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 que toutes les autres conditions de la convention d'assurance provisoire sont conformes.</p> <p>Nous ne pouvons pas vous offrir une assurance provisoire si vous répondez « oui » à l'une de ces questions ou que vous laissez une 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 livraison de la convention d'assurance provisoire.</p>	<p>A) Une personne à assurer est-elle âgée de plus de 65 ans ou de moins de 15 jours? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Est-ce que l'une des personnes à assurer a :</p> <p>B) déjà été traitée pour, ou présenté quelque indication de : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie cardiaque ou vasculaire, douleurs à la poitrine, perte de l'usage 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? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>C) été incapable d'accomplir des activités habituelles pendant plus de sept (7) jours consécutifs dans les six (6) derniers mois en raison d'une maladie ou d'une blessure ou est actuellement en traitement pour la même condition? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>D) été admise à l'hôpital ou à un autre établissement de santé ou été avisée de le faire au cours des 12 derniers mois (sauf après un accouchement normal)? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>E) été avisée de subir tout test (autre qu'un test génétique), examen ou toute intervention chirurgicale qu'elle n'a pas encore subi? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>F) été avisée qu'elle n'était pas admissible à une assurance vie, invalidité ou maladies graves, ou s'est vue offrir une assurance avec surprime ou modifiée de quelque façon? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>La responsabilité maximale de l'Empire Vie en vertu de la présente convention d'assurance provisoire et de toutes les autres conventions d'assurance provisoire en vigueur s'applique à une période maximale de quatre-vingt-dix (90) jours à partir de la date d'effet de l'assurance en vertu de la présente convention d'assurance provisoire et 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 décrites en détail à la section « Convention d'assurance provisoire ».</p>
---	---

VEUILLEZ NE PAS DÉTACHER CETTE PAGE

10. 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 les produits que je souhaite obtenir avant de signer cette proposition et je comprends que mon conseiller peut être rémunéré sur la base de commissions;
- il existe des éléments variables (p. ex., l'option de participation, le barème de participation, les avances sur police, les versements et les retraits, etc.) qui peuvent avoir une incidence sur le rendement de ma police; toute modification apportée à ces éléments variables peut avoir une incidence sur les valeurs et les prestations non garanties de la police, et je comprends que les valeurs et les prestations présentées dans toute illustration ne sont pas garanties et sont basées sur des hypothèses susceptibles de changer;
- j'étais présent lorsque l'on a indiqué les réponses et les énoncés me concernant (ou concernant l'assuré mineur) (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 une réponse ou un énoncé inscrit dans la proposition contiendrait une fausse déclaration ou une omission importante, l'Empire Vie pourrait annuler la police; et
- le titulaire est tenu de payer les primes. Les chèques doivent être faits à l'ordre de l'Empire Vie.

Autorisation

Je comprends et j'accepte :

- que je vous aviserai de tout changement dans ma situation de résidence aux fins de l'impôt;
- les dispositions de cette proposition et de la convention d'assurance provisoire (si j'ai demandé une assurance provisoire dans cette proposition);
- que cette proposition, y compris les réponses et les énoncés fournis par le titulaire et l'assuré, 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 :
 - **Dans toutes les provinces sauf le Québec** : la première prime est payée et l'assurabilité de l'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 l'assuré demeure inchangée entre la date où l'on a rempli la proposition et la date à laquelle elle 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 l'écrit avant de livrer la police au titulaire à des fins d'acceptation; et
- 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 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 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 en savoir plus sur mes droits d'exercer un recours, je peux contacter l'Empire Vie ou visiter le 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, au besoin, et selon mes directives à la section 8. J'autorise mon institution financière à honorer tout retrait (débit) de mon compte en vertu de l'entente de DPA. Je comprends que ces montants pourraient être variables, et augmenter ou diminuer.

Consentement

Autorisation de divulgation de renseignements personnels

- J'ai compris le sens et l'importance des énoncés qui 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 recueillis, 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.
- J'autorise MIB, Inc. et tout assureur membre de MIB, Inc. à fournir les renseignements médicaux personnels qu'ils ont en dossier à mon sujet à l'Empire Vie, à ses réassureurs ou à un tiers administrateur autorisé par MIB, Inc. qui offre des services d'appréciation risques pour le compte de l'Empire Vie. J'autorise également l'Empire Vie, ses réassureurs ou un tiers administrateur autorisé à faire un bref rapport de mes renseignements médicaux personnels à MIB, Inc.
- Je comprends que l'Empire Vie puisse nécessiter que chaque assuré se soumette à des examens physiques et à des tests médicaux, tels que des électrocardiogrammes, et fournisse des échantillons de sang et d'urine à des fins d'analyse, y compris qu'il subisse un test de dépistage du VIH (sida) et de certaines drogues ou de certains médicaments, au besoin, pour qu'elle évalue la proposition ou une demande de prestations en vertu de la police. Si un assuré refuse de subir de tels tests ou de fournir de tels échantillons, l'Empire Vie ne pourra pas évaluer cette proposition ou une demande de prestations en vertu de la police, si celle-ci est établie. Je comprends aussi que l'Empire Vie n'exigera pas qu'un assuré passe un test génétique ou qu'il fournisse de l'information concernant un test génétique dans le cadre de cette proposition ou de toute demande de règlement relative à cette police.
- Je consens à ce que l'Empire Vie communique le résultat de tout test, rapport ou autre renseignement personnel recueilli sur mon état de santé à mon médecin traitant, si elle considère qu'elle le fait dans mon intérêt primordial ou conformément à la loi, et au directeur de la santé publique, si la loi l'exige.
- Je comprends que, si je retire ce consentement, l'Empire Vie ne sera plus en mesure d'évaluer la présente demande, d'administrer toute police émise suite à cette proposition ou d'évaluer une demande de prestations en vertu de la police et ainsi, elle se réserve le droit d'annuler la police. 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 du contrat les raisons de toute décision relative à une demande de règlement et je comprends que cela peut inclure la divulgation 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; et
- 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.

10. DÉCLARATION, ATTESTATION, AUTORISATION ET CONSENTEMENT (SUITE)

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

10.1 Province/territoire de résidence	Cette demande a été remplie et signée dans la province ou le territoire de résidence du titulaire. Si ce n'est pas le cas, elle a été signée dans la province ou le territoire suivant : <input type="text"/>	
10.2 Signatures de l'assuré ou du tuteur légal, si 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 » et que je consens à l'utilisation de mes renseignements personnels comme il y est mentionné. Si le titulaire est aussi l'un des assurés, 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, s'il en a fait la demande.	
	Signature de l'assuré 1 X	Signature de l'assuré 2 X
10.3 Signatures du titulaire	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. Les signataires doivent fournir leur nom et leur titre ainsi qu'une preuve selon laquelle ils sont autorisés à lier la société ou l'entité.	
Si le titulaire est une société ou une autre entité, inscrivez la dénomination sociale. 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).	Signature du titulaire 1 (ou du premier signataire autorisé s'il s'agit d'une société/entité titulaire) X	
	Prénom <input type="text"/>	Nom de famille <input type="text"/>
	Titre s'il signe pour la société/l'entité <input type="text"/>	
	<input type="radio"/> Un seul signataire autorisé à lier la société (une preuve de l'autorisation de signer est exigée).	
	Signature du titulaire 2 (ou du deuxième signataire autorisé s'il s'agit d'une société/entité titulaire) X	
	Prénom <input type="text"/>	Nom de famille <input type="text"/>
	Titre s'il signe pour la société/l'entité <input type="text"/>	
	Si le titulaire est une société ou une autre entité, inscrivez la dénomination sociale : <input type="text"/>	
10.4 Bénéficiaire irrévocable/cessionnaire	À remplir s'il s'agit d'une demande de transformation. Les bénéficiaires irrévocables et/ou les cessionnaires soussignés consentent par la présente aux dispositions de la nouvelle police et reconnaissent que les prestations en vertu de la nouvelle police peuvent être différentes.	
	Signature du bénéficiaire irrévocable/cessionnaire X	Signature du bénéficiaire irrévocable/cessionnaire X
10.5 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.	
	Signature X	
	Prénom du signataire autorisé <input type="text"/>	Nom de famille <input type="text"/>
10.6 Autorisation de divulguer des renseignements personnels à un 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 demande 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 ou autres problèmes liés à la santé; • Dossier judiciaire (civil ou criminel) ou autres faits personnels ou financiers. 	
	Je comprends et je consens que :	
	<ul style="list-style-type: none"> • J'autorise l'Empire Vie à 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; • 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 que décrit ci-dessus.	
	Signature de l'assuré 1 X	Signature du titulaire (s'il n'est pas l'assuré) X
	Signature de l'assuré 2 X	Signature du titulaire (s'il n'est pas l'assuré) X
10.7 Signature du témoin	Toutes les signatures doivent avoir lieu devant un tiers indépendant et d'âge majeur qui n'a pas de lien avec l'assuré et le titulaire et qui ne retire aucun avantage de l'assurance demandée.	
Le conseiller devrait être le témoin, sauf s'il est un assuré ou un titulaire, ou qu'il a un lien de parenté avec ceux-ci, ou encore qu'il retire un avantage de l'assurance demandée.	Signature du témoin X	
	Prénom du témoin <input type="text"/>	Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Nom de famille <input type="text"/>	Nom de famille <input type="text"/>

11. AUTORISATION DE TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS

REMPISSEZ 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.

11.1 Autorisation de transmission de renseignements Si vous avez besoin de formulaires supplémentaires, veuillez utiliser le formulaire D-0018 ou une photocopie de cette page.	J'autorise toute personne ou organisation publique ou privée (incluant tout professionnel ou praticien de la santé et tout établissement de santé ou de services sociaux à vocation publique ou privée, tout assureur ou institution financière, MIB, Inc., toute agence d'investigation ou d'évaluation de crédit, mon conseiller et son agence, cabinet ou intermédiaire de marché, mes employeurs actuels et antérieurs et le service provincial des véhicules automobiles (à moins d'avis contraire de la part des autorités provinciales) qui détient des renseignements personnels, y compris financiers et médicaux (à l'exclusion de renseignements concernant un test génétique), à mon sujet et au sujet de mes enfants mineurs à assurer, à divulguer ces renseignements à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, à ses réassureurs, mandataires ou représentants aux fins de l'évaluation de cette demande. Je comprends le motif de l'autorisation indiqué ci-dessus ainsi que les risques et les avantages que comporte mon consentement à la divulgation de mes renseignements médicaux, conformément à cette autorisation. Une photocopie ou une image de l'autorisation de transmission de renseignements dûment signée a la même valeur que l'original. Cette autorisation demeure valide jusqu'à sa révocation par écrit.		
	Prénom de l'assuré ou du parent/tuteur légal si mineur	Initiale	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 j j - m m - a a a a	
Signature du témoin X		Date j j - m m - a a a a	
Prénom du témoin		Nom de famille	
Prénom du mineur à assurer en vertu de la police	Second prénom	Nom de famille	
Fait à (ville et province)			

11.1 Autorisation de transmission de renseignements Si vous avez besoin de formulaires supplémentaires, veuillez utiliser le formulaire D-0018 ou une photocopie de cette page.	J'autorise toute personne ou organisation publique ou privée (incluant tout professionnel ou praticien de la santé et tout établissement de santé ou de services sociaux à vocation publique ou privée, tout assureur ou institution financière, MIB, Inc., toute agence d'investigation ou d'évaluation de crédit, mon conseiller et son agence, cabinet ou intermédiaire de marché, mes employeurs actuels et antérieurs et le service provincial des véhicules automobiles (à moins d'avis contraire de la part des autorités provinciales) qui détient des renseignements personnels, y compris financiers et médicaux (à l'exclusion de renseignements concernant un test génétique), à mon sujet et au sujet de mes enfants mineurs à assurer, à divulguer ces renseignements à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, à ses réassureurs, mandataires ou représentants aux fins de l'évaluation de cette demande. Je comprends le motif de l'autorisation indiqué ci-dessus ainsi que les risques et les avantages que comporte mon consentement à la divulgation de mes renseignements médicaux, conformément à cette autorisation. Une photocopie ou une image de l'autorisation de transmission de renseignements dûment signée a la même valeur que l'original. Cette autorisation demeure valide jusqu'à sa révocation par écrit.		
	Prénom de l'assuré ou du parent/tuteur légal si mineur	Initiale	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 j j - m m - a a a a	
Signature du témoin X		Date j j - m m - a a a a	
Prénom du témoin		Nom de famille	
Prénom du mineur à assurer en vertu de la police	Second prénom	Nom de famille	
Fait à (ville et province)			

Cette page est laissée vierge intentionnellement.

12. RAPPORT DU CONSEILLER

Dans ce rapport, « vous », « votre » et « vos » 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 attiré, s'ils diffèrent de la personne qui a sollicité la proposition, doivent signer à la section 12.11. Si un adjoint administratif détenteur d'un permis a rempli la proposition en ne fournissant aucun conseil, il doit signer à la section 12.12. Le premier conseiller qui est nommé sera le conseiller attiré.

12.1 Divulguation des renseignements	Connaissez-vous une information qui n'est pas divulguée dans cette proposition et qui pourrait influencer l'assurabilité d'un assuré? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – Si « oui », veuillez préciser :		
* S'il s'agit d'une vente à distance, remplissez la Proposition dans le cadre d'une vente à distance.	REQUIS : Avez-vous rencontré le titulaire et l'assuré en personne? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non*		
12.2 Renseignements sur le conseiller	L'assurance erreurs et omissions (AEO) doit être valide dans la province ou le territoire 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.		
* Le conseiller attiré doit recevoir une part de la commission.	Nom du conseiller attiré (prénom, nom de famille)	Code du conseiller	AEO valide en dossier? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Part (%)*
	Nom du conseiller (prénom, nom de famille)		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	Nom du conseiller (prénom, nom de famille)		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
12.3 Renseignements sur l'agent général (AG)/ l'agent associé général (AAG)/ l'agent général administrateur (AGA)/le compte national	Nom de l'AG, de l'AAG, de l'AGA ou du compte national		
	Personne-ressource de l'AG, de l'AAG, de l'AGA ou du compte national		
	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		
	Prénom du spécialiste/conseiller pour l'assurance	Nom de famille	
	Code du conseiller	Numéro de téléphone d'affaires	
12.4 Renseignements sur l'achat	Quelle est la source des fonds (p. ex., héritage, vente d'une propriété)?		
	Cette vente doit-elle être traitée selon la règle des cas à capital assuré élevé?* <input type="radio"/> oui – avez-vous reçu l'approbation du siège social? <input type="radio"/> oui		
	* Le traitement de la proposition débutera uniquement lorsque l'approbation du siège social aura été reçue pour toute vente qui doit être traitée selon la règle des cas à capital assuré élevé.		
	Qui a pris l'initiative de demander cette proposition? <input type="radio"/> Conseiller attiré <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 offert leur assistance pour cette vente (s'il y a lieu)?		
12.5 Lien avec l'assuré		Assuré 1	Assuré 2
	Depuis combien d'années connaissez-vous l'assuré?		
	Veuillez préciser le lien de parenté, s'il y a lieu.		
12.6 Notes du conseiller			

Cette page est laissée vierge intentionnellement.

DÉTACHEZ CETTE SECTION ET REMETTEZ-LA AU TITULAIRE**13. RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS À L'INTENTION DU CONSOMMATEUR****Vos renseignements personnels et votre vie privée**

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

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

L'accès à votre dossier est limité aux membres du personnel, aux agents, aux représentants et aux tiers fournisseurs de services de l'Empire Vie, tel qu'il est requis pour accomplir leurs fonctions. L'Empire Vie peut utiliser des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et le stockage de vos renseignements personnels. 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 au www.empire.ca.

Préavis concernant MIB, Inc.

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

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

MIB, Inc.

330 University Avenue, bureau 501

Toronto ON M5G 1R7

Téléphone : 416 597-0590

Site Web : www.mib.com

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

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

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

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

Chef de la protection des renseignements personnels

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie

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

DÉTACHEZ CETTE SECTION ET REMETTEZ-LA AU TITULAIRE DE POLICE

14. 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 d'assurance provisoire 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 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).

La présente convention ne procurera aucune protection si :

- la personne à assurer est âgée de plus de 65 ans;
- la 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;
- la personne à assurer a reçu un diagnostic de cancer en vertu de la définition de maladies graves;
- la personne à assurer a reçu tout autre diagnostic de maladie grave définie et décède à la suite de cette maladie dans les 30 jours qui suivent le diagnostic;
- un chèque soumis avec la proposition et cette convention pour le paiement des primes n'est pas honoré sur présentation;
- une quelconque portion de la protection demandée résulte d'une transformation complète ou partielle ou constitue l'exercice d'une option d'assurabilité garantie à partir d'une police de l'Empire Vie existante; ou
- toute portion de la protection demandée a pour objet de remplacer une protection ou une police existante de l'Empire Vie.

Restrictions

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

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; et
- la présente convention est donnée en échange du paiement d'un montant correspondant au moins à une prime mensuelle pour toutes les protections demandées.

Cessation de l'assurance provisoire

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

- la date à laquelle l'assurance pour la police demandée prend effet;
- la date à laquelle l'Empire Vie offre au titulaire une police autre que celle demandée;
- la date à laquelle l'Empire Vie poste un avis de cessation de l'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 ci-dessus et dans la demande d'assurance provisoire qui porte le même numéro de proposition que la convention.

Montant du paiement reçu avec cette proposition :

_____ \$

NE remplissez PAS ce reçu si l'une des réponses de la demande d'assurance provisoire qui porte le même numéro de proposition est « oui » ou a été laissée en blanc.

Conditions de paiement

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

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