

DEMANDE DE MODIFICATION D'UNE POLICE D'ASSURANCE INVALIDITÉ

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

Dans ce formulaire, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Veuillez utiliser ce formulaire pour modifier une police pour rente flexible d'invalidité, pour frais généraux, de remplacement du revenu ou comprenant des prestations de revenu mensuelles.

Nous vous prions de ne pas utiliser ce formulaire pour une demande de remise en vigueur. Vous devez utiliser le formulaire C-0048 - Demande de remise en vigueur et/ou de modification de la police.

Veuillez écrire lisiblement en lettres moulées.

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

1. Détails relatifs à la modification de la police (Veuillez remplir les sections applicables seulement.)

Augmentation des prestations mensuelles (disponible seulement avec l'option Assurabilité future) à : _____ \$

Report de la date d'échéance de un an en vertu de l'option Période de renouvellement conditionnel (disponible seulement à la date d'échéance de la police)

Pour les modifications ci-dessus, veuillez joindre les documents suivants à la présente proposition :

- Une preuve de travail à temps plein et une preuve de revenu d'emploi (talon de paie pour la période de paie actuelle)
- **Si votre police est une police pour frais généraux**, veuillez également fournir une preuve des frais professionnels et une preuve du pourcentage de propriété de la société.
- **Si votre police est une police pour rente flexible d'invalidité** et que vous êtes un travailleur autonome ou un actionnaire, veuillez aussi fournir le revenu d'affaires net, tout revenu d'emploi déclaré dans votre déclaration de revenus personnelle, le relevé des revenus et des dépenses de la société et le pourcentage de propriété de la société.

Veuillez également fournir les renseignements suivants :

a) Combien d'heures travaillez-vous actuellement par semaine dans le cadre de votre emploi? _____

b) Ce nombre a-t-il augmenté ou diminué par rapport à l'année dernière? Oui Non – Si oui, veuillez indiquer le nombre d'heures travaillées par semaine l'année dernière et les raisons de l'augmentation ou de la diminution :

c) Êtes-vous actuellement invalide en raison d'une blessure ou d'une maladie? Oui Non – Si oui, veuillez fournir des détails :

d) Quel a été votre revenu mensuel NET moyen, y compris votre revenu d'affaires NET, au cours des 12 derniers mois?
_____ \$ (Veuillez ne pas inclure le revenu de placements ou le revenu locatif.)

e) Veuillez fournir des détails complets sur toute autre source de remplacement du revenu ou de frais professionnels que vous pourriez recevoir pendant votre invalidité :

f) Nom de l'employeur

Réduction des prestations mensuelles à : _____ \$

Prolongation du délai d'attente à : _____ jours

Réduction de la période d'indemnisation à : _____ années

Veuillez supprimer le ou les avenants suivants :

- Redressement pour coût de la vie Prestations viagères en cas d'accident ou de maladie
 Premier jour d'hospitalisation Prestations viagères en cas d'accident seulement

2. Directives spéciales

3. Déclaration, attestation, autorisation et consentement

Je déclare que :

- je demande la modification de cette police;
- j'ai lu et compris le sens et l'importance de toutes les questions, de toutes les réponses et de tous les énoncés dans la présente Demande de modification d'une police d'assurance invalidité;
- tous les énoncés et toutes les réponses dans toutes les parties de cette demande et des demandes connexes, y compris les questionnaires additionnels, les formulaires et les documents d'information ont été enregistrés avec précision et sont, à ma connaissance, complets et véridiques.

Je comprends et j'accepte que :

- l'Empire Vie peut modifier cette police comme il est demandé dans la présente demande. Lorsque je prends possession de la police modifiée ou de tout document entérinant la modification que j'ai demandée, je consens à ses dispositions, y compris à toute modification que l'Empire Vie a apportée aux dispositions;
- si la présente demande contient des assertions erronées importantes ou une dissimulation de faits importants, et que l'on ajoute ou augmente des prestations, les prestations ajoutées ou augmentées seront nulles et sans effet;
- la modification de la police prendra effet seulement lorsque l'Empire Vie aura reçu la demande et que le montant total de la prime aura été payé, s'il y a lieu;
- si une nouvelle police est établie par l'Empire Vie à la suite de la présente Demande de modification d'une police d'assurance invalidité, cette nouvelle police sera réputée être basée sur les mêmes déclarations, représentations et garanties que celle de la demande d'assurance originale, y compris toute preuve soumise dans le cadre de la présente Demande de modification d'une police d'assurance invalidité ou de toute demande similaire faite antérieurement;
- les primes dues relativement à la présente Demande de modification d'une police d'assurance invalidité peuvent, à la discrétion de l'Empire Vie, être basées sur des taux de primes autres que ceux utilisés par l'Empire Vie à la date d'effet de cette police;
- en acceptant la présente Demande de modification d'une police d'assurance invalidité, l'Empire Vie ne renonce à aucun droit actuel ou futur en vertu du contrat;
- l'Empire Vie conservera les renseignements contenus dans la présente demande et tous les documents pertinents dans mon dossier. Mon dossier permet à l'Empire Vie et à ses employés, agents ou représentants d'évaluer cette demande, d'en apprécier le risque, d'évaluer toute demande de règlement que moi-même ou mes bénéficiaires pourrions présenter en vue d'obtenir des prestations, d'administrer mon dossier, de répondre à toute question que je pourrais avoir au sujet de cette demande ou de mon dossier en général et de me procurer tout renseignement relativement à mon dossier et aux produits et services de l'Empire Vie;
- l'Empire Vie utilisera des renseignements personnels à mon sujet sur une base continue aux fins de mon dossier. L'Empire Vie peut avoir recours à des tiers fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de mes renseignements personnels. Je peux accéder à la plus récente version de la politique de l'Empire Vie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site Web de l'Empire Vie au www.empire.ca. Si je refuse de donner mon consentement à cet effet, l'Empire Vie ne sera pas en mesure d'évaluer ma présente demande ou toute demande de règlement, ni d'émettre ou de modifier toute police. S'il m'était permis par la loi de retirer ce consentement, et que je le retirais effectivement, l'Empire Vie ne serait plus en mesure de continuer à administrer la police. De plus, moi-même et ma succession ne serions plus en mesure d'exercer nos droits en vertu de la police et celle-ci pourrait être annulée à la discrétion de l'Empire Vie.

Je reconnais que :

- mon conseiller peut être rémunéré au moyen de commissions.

J'autorise :

- la transmission et l'échange de renseignements (autres que des renseignements médicaux) au sujet de mon dossier entre l'Empire Vie et mon conseiller, son agence ou tout intermédiaire de marché que je pourrai désigner afin que ce dernier me fournisse, sur une base continue, un service et des conseils relativement à mon dossier.

Une photocopie ou une image du document Déclaration, attestation, autorisation et consentement dûment signé a la même valeur que l'original. En signant ci-dessous, je confirme que j'ai lu, que j'ai compris et que j'accepte les énoncés contenus dans la section Déclaration, attestation, autorisation et consentement du présent document et que je consens à l'utilisation de mes renseignements personnels comme il y est décrit.

Signature de l'assuré

X

Nom de l'assuré en lettres moulées

Signature du ou des titulaires – S'IL NE S'AGIT PAS DE L'ASSURÉ. Si le titulaire est une société, veuillez indiquer son nom exact. Deux représentants officiels autorisés de la société doivent signer et fournir leurs noms et titres ou un seul avec le sceau de la société. Les signataires doivent fournir une preuve selon laquelle ils sont autorisés à lier la société.

Signature du titulaire (ou du premier signataire autorisé pour une société)

X

Nom et titre du titulaire en lettres moulées (s'il est autorisé à signer pour la société)

Un seul signataire autorisé à lier la société (une preuve de l'autorisation de signer est exigée) OU

Deuxième signataire autorisé pour une société

X

Nom et titre du titulaire en lettres moulées (s'il est autorisé à signer pour la société)

Signature du conseiller (à titre de témoin de toutes les signatures)

X

Nom du témoin (en lettres moulées)

Code du conseiller

Fait à (ville et province)

Date (jj/mm/aaaa)