



NOS SERVICES EN LIGNE

Assurance et placements
Avec simplicité, rapidité et facilité^{MD}



- Nouveau portail lancé le 13 juillet 2020
- Principales caractéristiques :
 - Ajout de nouveaux participants
 - Cessation d'emploi
 - Avis d'absence du travail
 - Facturation électronique

Consommateurs Conseillers English Rechercher dans empire.ca Se connecter

Empire Vie Accueil Placements Assurance Assurance collective

Obtenez votre soumission de demande d'assurance

En savoir plus

Consommateurs

- > Mon Empire pour l'assurance et les placements

Employés et employeurs

- > Participants des régimes d'assurance collective
- > Administrateurs de régimes d'assurance collective

Conseillers

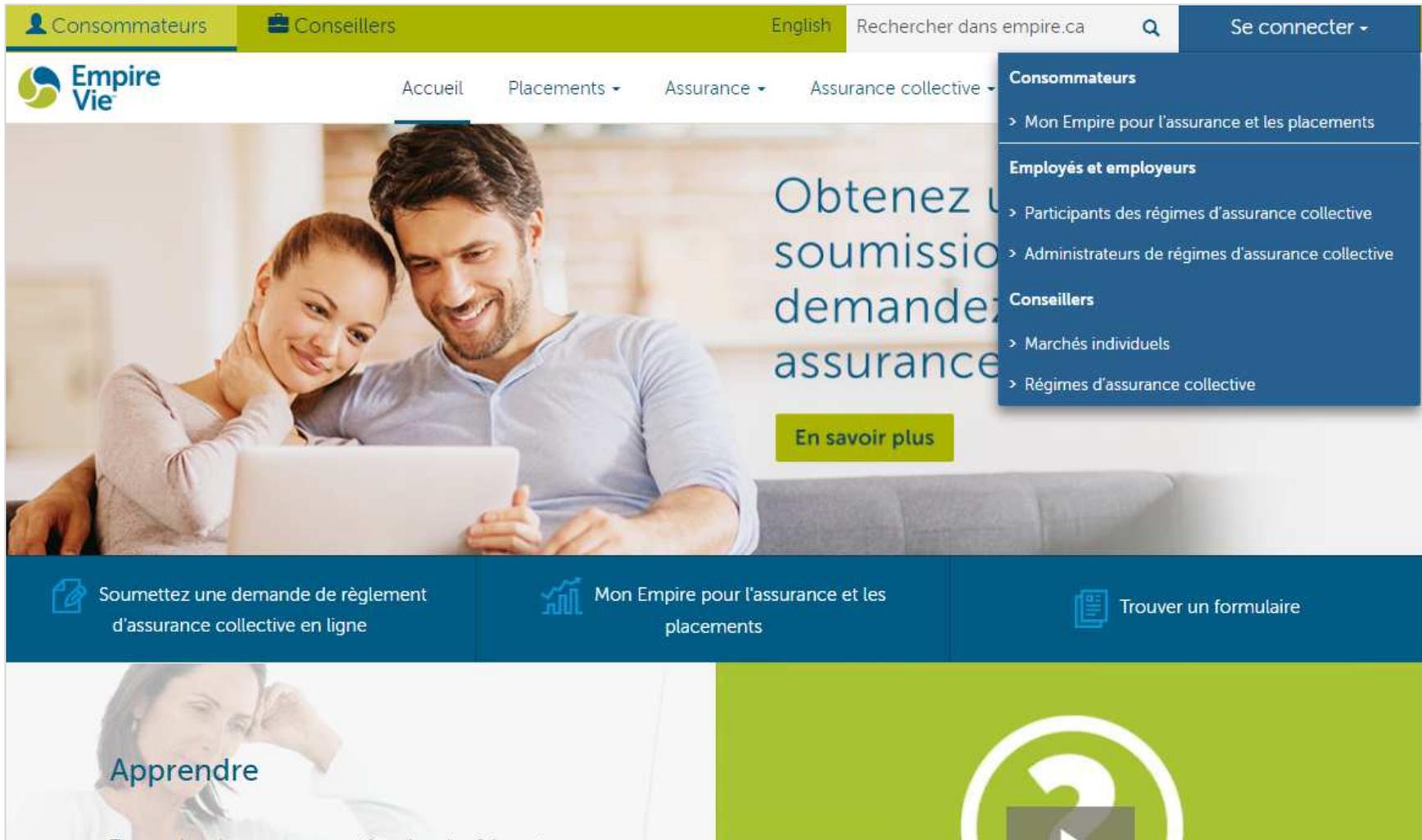
- > Marchés individuels
- > Régimes d'assurance collective

Soumettez une demande de règlement d'assurance collective en ligne

Mon Empire pour l'assurance et les placements

Trouver un formulaire

Apprendre



Réservé aux conseillers et aux promoteurs de régime – Veuillez ne pas distribuer au public

Bonjour Arturo

Mes groupes

	Change Group Name Ext	Numéro de groupe Z9999	Date limite Sep, 18, 2020	
-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	---------------------------	------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Tous les changements effectués
avant cette date apparaîtront sur le
prochain relevé de facturation.



LIENS RAPIDES

Conditions d'utilisation
Confidentialité
Empire.ca
Formulaires et outils
English

NOUS JOINDRE

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie
259, rue King Est, Kingston, Ontario K7L 3A8
1 877 548-1881
info@empire.ca
de 8 h 30 à 17 h, heure de l'Est,
du lundi au vendredi

VISITEZ-NOUS



Bonjour Arturo

[← Liste du groupe](#) **Liste des participants**

 **Change Group Name Ext** Numéro de groupe: Z9999 Date limite pour les changements: 2020-09-18 

Détails du groupe

-  Liste des participants
-  Facturation

Liste des participants

Nom 	Division	Catégorie	Situation	
adsfa asdf	001	A	En suspens	>
adsfa asdfsa	001	A	En suspens	>
alsdfkj alasdkfjdsia	001	A	En suspens	>
Amir Rahimi	001	B	En suspens	>
asdfas asdfas	001	A	En suspens	>
askdfh afghadfk	001	A	En suspens	>
Austin Powers	001	B	En suspens	>
Barney Rubble	001	A	En suspens	>
Beat Jay	001	B	En suspens	>
bee bop	001	B	En suspens	>

Afficher plus

Cliquez sur « Facturation » pour accéder aux relevés de facturation.

Cliquez sur un nom ou une situation pour accéder au dossier du participant.

Bonjour Arturo

[← Liste du groupe](#) **Liste des participants****Change Group Name Ext**Numéro de groupe:
Z9999Date limite pour les changements ?
2020-09-18

Détails du groupe

Liste des participants

Facturation

Liste des participants **Cliquez sur « Ajouter un participant » pour ajouter un nouvel employé.**

Ajouter un participant

Recherche par nom, division, catégorie et situation

Nom	Division	Catégorie	Situation	
adsfa asdf	001	A	En suspens	>
adsfa asdfsa	001	A	En suspens	>
alsdfkj alasdkfjdsia	001	A	En suspens	>
Amir Rahimi	001	B	En suspens	>
asdfas asdfas	001	A	En suspens	>
askdfh afghadfk	001	A	En suspens	>
Austin Powers	001	B	En suspens	>
Barney Rubble	001	A	En suspens	>
Beat Jay	001	B	En suspens	>
bee bop	001	B	En suspens	>

Afficher plus

Visualiser 10 de 232 | Tout afficher | Afficher moins

Bonjour Arturo

[< Liste des participants](#) **Ajouter un participant** **Ajouter un participant**

Veillez entrer les renseignements sur votre employé ci-dessous. Tous les champs sont requis, à moins d'indication contraire. Veuillez imprimer ce formulaire et demander à votre employé de le remplir et de le signer afin d'en avoir une copie pour vos dossiers.

Division

Sélectionner

Catégorie

Sélectionner

Employé

Prénom

Nom de famille
Nom incorrectAdresse de courriel OPTIONNEL **Date de naissance**

Jour/Mois/Année

Sexe

Sélectionner

État civil

Sélectionner

Langue de préférence

Sélectionner

Province de résidence

Sélectionner

Carte d'assurance-maladie provinciale? Oui Non**Occupation****Salaire**

Entrez le salaire de base de l'employé. Les gains assurables d'un employé correspondent au total de son salaire, de ses commissions, de ses bonis et de ses dividendes. Il est important de garder ces montants à jour pour vos employés puisque la protection d'assurance vie et invalidité est souvent basée sur les gains assurables de l'employé.

Fréquence du salaire

Sélectionner

Commission annuelle

OPTIONNEL 0 000 000 \$

Dividendes/bonis annuels

OPTIONNEL 0 000 000 \$

Date d'effet

Jour/Mois/Année

Service

Par ex. : COMPTES OPTIONNEL

Heures par semaine

Par ex. : 37,5

Le champ en orange indique que des renseignements manquants sont requis.

Cliquez sur la bulle d'information pour obtenir une description ou plus de renseignements.

Bonjour Arturo

Coordonnées

Adresse postale 1234	Unité	Ville Toronto
Province Ontario	Code postal/code postal américain A1B2C4	Téléphone

Renseignements bancaires

Entrez les renseignements bancaires pour déposer les remboursements de demandes de règlement directement dans le compte de l'employé. Pour recevoir les remboursements par la poste par chèque, choisissez l'option d'exclusion des dépôts directs en cochant la case ci-dessous.

CHEQUE

<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"/>
<small>Numéro de succursale</small>	<small>Numéro de la banque</small>	<small>Numéro de compte</small>

Veuillez envoyer un chèque de remboursement de la demande de règlement au lieu de procéder au dépôt direct.

Personnes à charge**Coordination des indemnités****Bénéficiaire(s)**

Annuler

Retour

Ajouter un participant

Si aucune personne à charge ne doit être ajoutée, le champ « Personnes à charge » ne s'ouvrira pas.



Bonjour Arturo

[Liste des participants](#) **Ajouter un participant** **Ajouter un participant**

Veillez entrer les renseignements sur votre employé ci-dessous. Tous les renseignements requis, à moins d'indication contraire. Veillez imprimer ce formulaire et demander à votre employé de le compléter et de le retourner avec ses documents pour vos dossiers.

Coordonnées

Adresse postale

1234

Province

Ontario

Renseignements bancaires

Entrez les renseignements bancaires pour déposer les versements dans le compte de l'employé. Pour recevoir les remboursements par la poste, veuillez cocher la case ci-dessous.

CHEQUE

Numéro de succursale

04800

Numéro de la banque

004

Numéro de compte

123456

 Veuillez envoyer un chèque de remboursement de la demande de règlement au lieu de procéder au dépôt direct.**Réussi**

- La succession est le bénéficiaire par défaut.
- Le certificat a été activé.

[Ajouter un autre participant](#)[Revenir à la liste des participants](#)

Bonjour Arturo

[< Liste des participants](#) **Détails sur le participant**

	Sample Employee Change Group Name Ext	Police no Z9999	Division 001-Sample Gro...	Catégorie B-All Other Emp...	Certificat 000000340
--	-------------------------------------------------	---------------------------	--------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------

Supprimer un participant Mettre à jour l'absence

- Renseignements sur l'employé** >
- Protections** >
- Personnes à charge** >
- Bénéficiaires** >

Ouvrez ou fermez chaque section pour passer en revue les renseignements sur l'employé.

**LIENS RAPIDES**

Conditions d'utilisation
Confidentialité
Empire.ca
Formulaires et outils
English

NOUS JOINDRE

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie
259, rue King Est, Kingston, Ontario K7L 3A8
1 877 548-1881
info@empire.ca
de 8 h 30 à 17 h, heure de l'Est,
du lundi au vendredi

VISITEZ-NOUS

Bonjour Arturo

[← Liste des participants](#) **Détails sur le participant****Sample Employe**
Change Group Name ExtPolice no
Z9999Division
001-Sample Gro...Catégorie
B-All Other Emp...Certificat
00000340

Supprimer un participant

Mettre à jour l'absence



Renseignements sur l'employé

Situation **Couvert** 

Renseignements généraux

Prénom	Sample	Province de résidence	Ontario
Nom de famille	Employe	Langue	Français
Date de naissance	01/SEPT/1987	Adresse de courriel	
Sexe	Homme	Téléphone	
État civil	Célibataire	Numéro de poste	
Adresse	1234 Toronto, ON A1B 2C4 CANADA		



Information sur l'emploi

Date d'embauche	01/SEPT/2020	Salaire	100 000 \$ Annuel
Emploi	Directeur	Commission	
Service		Boni	
		Heures par semaine	40



Renseignements bancaires

Numéro de 004

Bonjour Arturo

[Liste des participants](#) **Détails sur le participant**



**Sample Employee
Change Group Name Ext**

Police no
Z9999

Division
001-Sample Gro...

Catégorie
B-All Other Emp...

Certificat
000000340

Supprimer un participant

Mettre à jour l'absence



Renseignements sur l'employé



Protections



Vie

Vie de base 100 000 \$



Décès et mutilation accidentels

DMA du participant 100 000 \$
DMA des personnes à charge 5 000 \$



AMC et assurance dentaire

Assurance maladie complémentaire Individuelle
Assurance dentaire Individuelle



Indemnités hebdomadaires

Indemnités hebdomadaires 573 \$



Assurance invalidité de longue durée

Assurance invalidité de longue durée 2 500 \$



Personnes à charge



Bénéficiaires



Bonjour Arturo

[Liste des participants](#) **Détails sur le participant****Sample Employee**
Change Group Name ExtPolice no
Z9999Division
001-Sample Gro...Catégorie
B-All Other Emp...Certificat
000000340

Cliquez sur « Supprimer un participant » pour mettre fin à sa protection.



Supprimer un participant

Mettre à jour l'absence



Cliquez sur « Mettre à jour l'absence » pour actualiser le statut (p. ex., cessation d'emploi, congé de maternité).

Paramètres sur l'employé **Protections****Vie**

Vie de base 100 000 \$

**Décès et mutilation accidentels**

DMA du participant 100 000 \$

DMA des personnes à charge 5 000 \$

**AMC et assurance dentaire**

Assurance maladie complémentaire Individuelle

Assurance dentaire Individuelle

**Indemnités hebdomadaires**

Indemnités hebdomadaires 573 \$

**Assurance invalidité de longue durée**

Assurance invalidité de longue durée 2 500 \$

**Personnes à charge** >**Bénéficiaires** >

Empire Vie

Tableau de bord de l'administrateur de régime

Se déconnecter

Bonjour Arturo

Liste des participants **Détails sur le participant**

	Sample Employee Change Group Name Ext	Police no Z9999	Division 001-Sample Gro...	Catégorie B-All Other Emp...	Certificat 000000340
--	-------------------------------------------------	---------------------------	--------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------

Supprimer un participant Mettre à jour l'absence

Renseignements sur l'employé

Protections

Vie
Vie de base

Décès et mutilation
DMA du participant
DMA des personnes à charge

AMC et assurance dentaire
Assurance maladie complémentaire Individuelle
Assurance dentaire Individuelle

Indemnités hebdomadaires
Indemnités hebdomadaires 573 \$

Assurance invalidité de longue durée
Assurance invalidité de longue durée 2 500 \$

Personnes à charge

Bénéficiaires

Supprimer un participant ✕

Veuillez fournir la date d'effet de la cessation.

Date d'effet ?

Jour/Mois/Année

Annuler Supprimer

Réservé aux conseillers et aux promoteurs de régime – Veuillez ne pas distribuer au public

Empire Vie

Tableau de bord de l'administrateur de régimes

Se déconnecter

Bonjour Arturo

Liste des participants - Détails sur le participant

Sample Employee
Change Group Name Ext

Police no
Z9999

Division
Sample Gro...

Catégorie
B-All Other Emp...

Certificat
000000340

Renseignements sur l'employé

Protections

Vie

Vie de base 100 000 \$

Décès et mutilation accidentels

DMA du participant 100 000 \$
DMA des personnes à charge 5 000 \$

AMC et assurance dentaire

Assurance maladie complémentaire Individuelle
Assurance dentaire Individuelle

Indemnités hebdomadaires

Indemnités hebdomadaires 573 \$

Assurance invalidité de longue durée

Assurance invalidité de longue durée 2 500 \$

Personnes à charge

Bénéficiaires

Réussi

Le certificat a été annulé.

Ok

Réservé aux conseillers et aux promoteurs de régime – Veuillez ne pas distribuer au public

Bonjour Arturo

Liste des participants **Détails sur le participant**

Benoit Kevin
Change Group Name Ext

Catégorie: **President, V-...** Certificat: **MTP003**

Mettre à jour l'absence

Motif de l'absence

-
- Congé de maladie ou d'invalidité
- Congé pour formation
- Mise à pied**
- Congé
- Congé de maternité
- Congé de paternité
- Indemnisation des accidents du travail

Jour/Mois/Année

Prolonger les garanties?

Oui Non

Annuler Soumettre

LIENS RAPIDES

Conditions d'utilisation
Confidentialité
Empire.ca
Formulaires et outils
English

259, rue King Est, Kingston, Ontario K7L 3A8
1 877 548-1881
info@empire.ca
de 8 h 30 à 17 h, heure de l'Est,
du lundi au vendredi

VISITEZ-NOUS

Réservé aux conseillers et aux promoteurs de régime – Veuillez ne pas distribuer au public

Bonjour Arturo

[Liste des participants](#) **Détails sur le participant****Benoit Kevin**
Change Group Name ExtCatégorie
-President, V-...Certificat
MTP003

Renseignements sur l'employé

Protections

Personnes à charge

Bénéficiaires

Mettre à jour l'absence

Motif de l'absence

Mise à pied

Date de début

Jour/Mois/Année

Date de fin prévue

Jour/Mois/Année

Prolonger les garanties?

 Oui Non

Annuler

Soumettre

Indiquez si les garanties sont maintenues pendant le congé.**LIENS RAPIDES**Conditions d'utilisation
Confidentialité
Empire.ca
Formulaires et outils
English259, rue King Est, Kingston, Ontario K7L 3A8
1 877 548-1881
info@empire.ca
de 8 h 30 à 17 h, heure de l'Est,
du lundi au vendredi**VISITEZ-NOUS**

Bonjour Arturo

[< Liste des participants](#) **Détails sur le participant****Sample Employee**
Change Group Name ExtPolice no
Z9999Division
001-Sample Gro...Catégorie
B-All Other Emp...Certificat
000000340

Remise en vigueur de la protection



La protection des employés dont l'emploi a pris fin peut être remise en vigueur pendant 6 mois.



Renseignements sur l'employé >



Protectionns >



Personnes à charge >



Bénéficiaires >

LIENS RAPIDES

Conditions d'utilisation
Confidentialité
Empire.ca
Formulaires et outils
English

NOUS JOINDRE

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie
259, rue King Est, Kingston, Ontario K7L 3A8
1 877 548-1881
info@empire.ca
de 8 h 30 à 17 h, heure de l'Est,
du lundi au vendredi

VISITEZ-NOUS





Bonjour Neutral

[Liste des participants](#) **Détails sur le participant****Adi Das**
Jeff's GroupPol
J0orie
employeesCertificat
TEST1019 Imprimer le sommaire

ur l'absence



Renseignements sur l'employé



Protections



Personnes à charge



Bénéficiaires

**Réussi**

Nous avons reçu la demande;
nous la traiterons selon les
normes de service établies.

Ok

Un message de confirmation
vous indiquera si la demande
est complétée en temps réel
ou si un traitement
supplémentaire est requis.

 Tableau de bord de l'administrateur de régimes Se déconnecter 

Bonjour Arturo

[Liste des participants](#) **Facturation**

 **Change Group Name Ext** Numéro de groupe: Z9999 Date limite pour les changements: 2020-09-18

Détails du groupe

 Liste des participants

 Facturation

Facturation

[Télécharger les dernières factures pour toutes les divisions](#) 

 **001 - Sample Group - See NOTES for Processing DO NOT ACTIVATE CER**

Renseignements généraux

Solde dû: 5 615,61 \$

Date d'échéance du paiement: 2020-09-01

Télécharger le relevé de facturation 

Paiements automatisés  ?

Cette division n'est pas inscrite aux paiements automatisés

 Voulez-vous mettre en place une entente de débits préautorisés? Cliquez ici.

Information sur la facturation électronique  ?

facturation électronique: Oui

Adresse de courriel (jusqu'à trois): test@empire.ca

 **OK1 - New division** >

 **111 - Testing for API Non Mandatory** >

S'il y a plus d'une division pour la facturation, cliquez ici pour télécharger toutes les factures actuelles de toutes les divisions.

Sélectionnez des relevés individuels pour les 12 derniers mois.

Cliquez sur « Télécharger » pour obtenir un exemplaire en format PDF.

Ajoutez jusqu'à trois adresses de courriel pour recevoir en ligne les avis de facturation.

Notes importantes



Ce document reflète l'opinion de l'Empire Vie à la date de publication et peut changer sans préavis. L'information contenue dans cette présentation est fournie à titre indicatif seulement et ne doit pas être interprétée comme constituant des conseils juridiques, fiscaux, financiers ou professionnels. L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie et ses sociétés affiliées déclinent toute responsabilité quant à l'utilisation ou à la mauvaise utilisation de cette information, ainsi qu'aux omissions relatives à l'information présentée dans ce document. L'information obtenue auprès de sources tierces est jugée comme fiable, mais la société ne peut en garantir l'exactitude. Veuillez obtenir les conseils de professionnels avant de prendre une quelconque décision.

^{MD/MC} Marque déposée et marque de commerce de **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**.
Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.