

DÉCLARATION DU DEMANDEUR POUR UN RÈGLEMENT D'ASSURANCE VIE OU DE PLACEMENT

Le demandeur est la personne qui remplit ce formulaire afin de soumettre une demande de règlement pour :

- un contrat de placement;
- toute demande de règlement d'assurance vie de plus de 50 000\$; ou
- toute police d'assurance vie de moins de 10 ans.

Information importante pour remplir cette déclaration

SI LE PRODUIT EST VERSÉ AU(X) BÉNÉFICIAIRE(S) DÉSIGNÉ(S) :

- **Si l'un des bénéficiaires désignés est mineur**, le fiduciaire désigné dans la police ou le tuteur légalement désigné du bénéficiaire (si aucun fiduciaire n'a été désigné) doit remplir cette déclaration au nom du bénéficiaire mineur. Une copie notariée de la désignation du tuteur doit être soumise. Au Québec, les paiements seront versés aux parents du bénéficiaire à titre de tuteurs légaux, à moins que le titulaire n'ait créé une fiducie valide.
- Si un mandataire en vertu d'une procuration signe au nom d'un bénéficiaire désigné, veuillez soumettre à l'Empire Vie une copie notariée de la procuration.
- **Si l'un des bénéficiaires désignés est décédé**, nous devons obtenir une preuve de décès du bénéficiaire désigné.
- **Si le bénéficiaire désigné est une société ou une autre entité** et que la personne décédée est le seul signataire autorisé de la société/l'entité, nous exigeons un formulaire C-0044 dûment rempli et une copie du document de statut constitutif de la société/l'entité affichant le nom du signataire autorisé actuel.

SI LE PRODUIT DE L'ASSURANCE EST VERSÉ À LA SUCCESSION DU DÉFUNT :

- Si le bénéficiaire est la succession du défunt, le numéro d'assurance sociale (NAS) du demandeur n'est pas requis.
- **Si la personne décédée a laissé un testament** – La *Déclaration du demandeur* doit être remplie par le liquidateur et soumise accompagnée des documents suivants :
 - Pour les successions de l'extérieur du Québec, si le produit est de 75 000 \$ ou plus, une copie notariée du testament homologué. Si le testament n'est pas homologué, une copie notariée du testament accompagnée d'un affidavit (l'Empire Vie fournira l'affidavit).
 - Pour les successions au Québec, si le produit de la police est de 75 000 \$ ou plus, une copie notariée du testament et les certificats de recherche testamentaire, **OU** une copie notariée d'un testament olographe ou un testament rédigé en présence de témoins et un jugement relatif à l'homologation.
- **Si la personne décédée n'a pas laissé de testament** – La *Déclaration du demandeur* doit être remplie par un administrateur désigné par un tribunal ou, au Québec, par l'héritier et soumise accompagnée des documents suivants :
 - Pour les successions de l'extérieur du Québec, une copie notariée des lettres d'administration et du certificat de désignation des fiduciaires de la succession sans testament.
 - Pour les successions au Québec, les copies notariées des recherches testamentaires et de la déclaration de succession notariée.

CONTRATS DE PLACEMENT UNIQUEMENT :

- Si le produit est payable à un particulier, le demandeur doit fournir son numéro d'assurance sociale (NAS).
- Si le demandeur n'a jamais eu de NAS, veuillez nous en aviser.
- Si le demandeur refuse de fournir son NAS, il doit nous en aviser par écrit.
- Si le demandeur n'est pas un résident du Canada, il doit fournir son numéro d'identification fiscale dans son pays de résidence (p. ex., le numéro de sécurité sociale pour les résidents des États-Unis).
- **Cette information est requise pour la déclaration de tout revenu imposable payé au demandeur et ne sera pas utilisée à d'autres fins.**

SI LA POLICE A ÉTÉ CÉDÉE :

- Si la police a été cédée, le cessionnaire doit soumettre une rétrocession.
- **Si aucune rétrocession n'a été soumise**, le cessionnaire et le bénéficiaire ou la succession doivent remplir la *Déclaration du demandeur*. Le produit sera versé par chèque à l'ordre conjoint du cessionnaire et du bénéficiaire ou de la succession.

Note : L'Empire Vie pourrait demander des documents additionnels autres que ceux indiqués ci-dessus, si elle le juge nécessaire.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR POUR UN RÈGLEMENT D'ASSURANCE VIE OU DE PLACEMENT

Dans ce formulaire, « Empire Vie » s'entend 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.

Si un demandeur demande un règlement de décès en vertu de deux polices ou plus auxquelles ce formulaire s'applique, il doit remplir une seule *Déclaration du demandeur* et y indiquer tous les numéros de police.

Pour une demande de règlement d'un contrat de placement enregistré ou d'une police d'assurance vie dont la valeur de rachat et/ou la prestation de décès sont supérieures à 10 000\$, le *Supplément - Déclaration du demandeur* (C-0008A) doit également être rempli.

1.0 Renseignements sur le défunt

N^{os} de police/contrat

Prénom du défunt

Nom de famille

Date de naissance

Province de résidence

Date du décès

| j | j | - | m | m | - | a | a | a | a |

| | |

| j | j | - | m | m | - | a | a | a | a |

2.0 Renseignements sur le demandeur - Si le bénéficiaire désigné est une société ou une autre entité, veuillez remplir la section 3.0.

Prénom

Nom de famille

Adresse (numéro et rue)

Numéro d'unité/d'appartement

Ville

Province/état/pays

Code postal

Date de naissance

| j | j | - | m | m | - | a | a | a | a |

Lien avec le défunt

NAS (règlement de placement seulement; non requis si le bénéficiaire est la succession)

N^o de téléphone

| | | | | - | | | | |

Adresse de courriel*

Occupation

Je réclame le produit à titre de (cochez tout ce qui s'applique) :

☐ bénéficiaire désigné ☐ liquidateur de la succession ☐ fiduciaire au nom d'un bénéficiaire mineur ☐ cessionnaire

2.1 Renseignements sur la déclaration relative à l'imposition des comptes étrangers - FATCA/NCD

Si vous remplissez ce formulaire sans l'aide d'un conseiller, vous devez joindre une photocopie d'une pièce d'identité émise par un gouvernement à titre de preuve de résidence. Nous acceptons notamment un permis de conduire ou un passeport.

De quel pays êtes-vous résident aux fins de l'impôt? (veuillez cocher tout ce qui s'applique)

☐ Canada ☐ États-Unis (résident ou citoyen) – numéro d'identification fiscale (TIN) : _____

Si vous n'avez pas de TIN américain, en avez-vous déjà demandé un? ☐ oui ☐ non

☐ Autre – précisez le pays : _____ TIN : _____

Si vous n'avez pas de TIN, veuillez en indiquer la raison :

☐ J'effectuerai une demande, ou j'ai déjà effectué une demande, mais je n'ai pas encore reçu mon TIN.

☐ La juridiction de ma résidence fiscale n'émet pas de TIN pour ses résidents.

☐ Autre – précisez la raison _____

* Adresse de courriel uniquement utilisée pour le traitement de cette demande de règlement. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en communiquant avec nous à : ind_investment@empire.ca pour un contrat/une police de placement ou individualclaims@empire.ca pour une police d'assurance vie.

3.0 Renseignements sur le demandeur dans le cas d'une société/entité

Si le bénéficiaire désigné est une société ou une autre entité, nous exigeons également un formulaire C-0044 dûment rempli.

Nom exact de la société/de l'entité

Adresse (numéro et rue)

Ville

Province/état/pays

Code postal

N° de téléphone

4.0 Renseignements sur le liquidateur ☐ identiques à ceux du demandeur fournis à la section 2.0, ou ☐ inconnus, ou :

Prénom du liquidateur

Nom de famille

Adresse (numéro et rue)

Ville

Province

Code postal

N° de téléphone

5.0 Paiement du produit

Mode de versement du produit (ne s'applique pas si le titulaire de police/contrat a choisi l'option de règlement sous forme de rente) :

☐ Chèque

☐ Transfert vers une police existante ou une nouvelle police de l'Empire Vie (remplir et joindre la proposition applicable ou le formulaire de dépôt). Proposition/police/contrat numéro : _____

☐ Transfert du produit du REER à l'institution financière suivante* :

Nom et adresse de l'institution financière

N° de la police/du contrat de REER

Adresse (numéro et rue)

Ville

Province

Code postal

* Ces sommes représentent le transfert de la prestation de décès comme l'autorise la disposition pertinente de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada). Ce transfert décharge l'Empire Vie de toute responsabilité quant aux polices ou contrats susmentionnés.

6.0 À remplir uniquement pour une demande de règlement d'assurance vie individuelle

À votre connaissance, le défunt a-t-il déjà fait usage de cigarettes, de cigarillos, de plus de 12 gros cigares, de petits cigares, de hachich, de tabac à chiquer, de substituts de nicotine, de tabac à priser, de marijuana, de noix de bétel ou de la pipe?

☐ oui ☐ non ☐ inconnu – si « oui », veuillez indiquer la quantité par jour :

Cigarettes _____ Pipe/cigare _____ Marijuana _____ Autres produits _____

Pendant combien de temps le défunt a-t-il fait usage de ces produits? _____

Le défunt a-t-il déjà cessé d'utiliser ces produits? ☐ oui ☐ non ☐ inconnu - Si oui, veuillez spécifier quand et pendant combien de temps :

Cause du décès (nous ne verserons aucun règlement sans cette information). S'il s'agit d'un cancer, veuillez nous préciser le type de cancer, s'il est connu.

Date approximative du début de la condition du défunt :

j	j	-	m	m	-	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

6.0 À remplir uniquement pour les demandes de règlement d'assurance vie individuelle

Indiquez le nom du médecin habituel du défunt et celui de tout autre médecin que le défunt a consulté dans les cinq dernières années :

Prénom du médecin 	Nom de famille 	Date de la visite j j - m m - a a a a
-----------------------	--------------------	--

Adresse (numéro et rue) 	Ville 	Province 	Code postal
-----------------------------	-----------	--------------	-----------------

Raison 	N° de téléphone - -
------------	--

Prénom du médecin 	Nom de famille 	Date de la visite j j - m m - a a a a
-----------------------	--------------------	--

Adresse (numéro et rue) 	Ville 	Province 	Code postal
-----------------------------	-----------	--------------	-----------------

Raison 	N° de téléphone - -
------------	--

Prénom du médecin 	Nom de famille 	Date de la visite j j - m m - a a a a
-----------------------	--------------------	--

Adresse (numéro et rue) 	Ville 	Province 	Code postal
-----------------------------	-----------	--------------	-----------------

Raison 	N° de téléphone - -
------------	--

Fournissez le nom de tous les hôpitaux, cliniques ou institutions où le défunt a subi des traitements au cours des cinq dernières années et les dates des traitements.

Nom de l'hôpital, de l'institution ou de la clinique 	Date du traitement
--	------------------------

	Date de la visite j j - m m - a a a a
--	--

	Date de la visite j j - m m - a a a a
--	--

	Date de la visite j j - m m - a a a a
--	--

Indiquez toutes les autres polices établies par d'autres assureurs au titre desquelles une demande de règlement est déposée :

Nom de l'assureur 	N° de police
-----------------------	------------------

Type d'assurance 	Date d'établissement de la police j j - m m - a a a a	Montant de protection \$
----------------------	--	-----------------------------

Nom de l'assureur 	N° de police
-----------------------	------------------

Type d'assurance 	Date d'établissement de la police j j - m m - a a a a	Montant de protection \$
----------------------	--	-----------------------------

Nom de l'assureur 	N° de police
-----------------------	------------------

Type d'assurance 	Date d'établissement de la police j j - m m - a a a a	Montant de protection \$
----------------------	--	-----------------------------

7.0 Information importante

AVIS CONCERNANT LA FRAUDE : Toute personne déposant sciemment une demande de règlement contenant toute information fausse ou trompeuse pourrait faire l'objet de sanctions civiles et/ou criminelles. De plus, si le proposant ou le demandeur présentait toute information fausse ou trompeuse importante liée à la demande de règlement ou à la proposition d'assurance, un assureur pourrait refuser la demande de règlement.

AVIS CONCERNANT LE DÉLAI DE PRESCRIPTION : Toute action ou poursuite intentée contre un assureur pour recouvrer des sommes d'assurance payables dans le cadre d'un contrat est absolument non avenue, à moins qu'elle n'ait débuté pendant le délai prévu par la *Loi sur les assurances* (pour la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour l'Ontario) ou toute autre législation applicable (pour les autres provinces ou territoires).

AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : Afin de maintenir la confidentialité de vos renseignements personnels et de ceux du défunt, l'Empire Vie établira un dossier contenant les renseignements fournis dans la demande de règlement. Le but de ce dossier est de permettre à l'Empire Vie d'évaluer la demande. Nous conserverons le dossier à nos bureaux et seuls les membres du personnel, les agents, les tiers fournisseurs de service et les représentants de l'Empire Vie y auront accès lorsque requis dans l'exécution de leurs fonctions. 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 vos renseignements personnels. Les renseignements personnels qui sont traités ou stockés dans une autre juridiction peuvent être assujettis aux lois de cette juridiction, ce qui peut permettre leur divulgation aux tribunaux, aux autorités d'application de la loi ou aux autres autorités gouvernementales de cette juridiction dans certaines circonstances. La plus récente version de notre politique en matière de protection des renseignements personnels se trouve sur notre site au www.empire.ca.

8.0 Déclaration, attestation, autorisation et consentement

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente *Déclaration du demandeur* sont exacts et complets.

Je consens à l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale, au besoin, aux fins de la déclaration de revenus.

Je reconnais que j'ai lu et compris la section 7.0 - Information importante.

Je reconnais que l'Empire Vie ne confirme pas la validité de toute demande de règlement ni ne renonce à ses droits en faveur de toute demande de règlement découlant du contrat/de la police en fournissant le présent formulaire, en évaluant la demande, ou en acceptant des preuves de demande de règlement.

J'autorise et j'enjoins tout praticien de la santé, tout hôpital, toute clinique ou toute autre institution médicale ou établissement de santé, tout assureur, toute agence gouvernementale, tout employeur ou ancien employeur ou toute autre organisation, institution ou personne qui a de l'information concernant _____ (nom du défunt) à divulguer à l'Empire Vie, à ses réassureurs et à leurs agents respectifs tout renseignement personnel nécessaire concernant le défunt requis par eux dans le but d'évaluer cette demande de règlement.

Je consens à ce que l'Empire Vie, ses réassureurs et leurs agents respectifs divulguent tout renseignement personnel concernant le défunt recueilli ou utilisé afin d'évaluer la présente demande les uns aux autres, à MIB, LLC et à tout assureur autorisé à obtenir cette information à titre de membre de MIB, LLC.

SIGNATURE DU DEMANDEUR INDIVIDUEL

Le demandeur doit signer ci-dessous ou au moyen d'un logiciel de signature électronique acceptable (p. ex., Docusign, AdobeSign, Onesign, iGeny) pour un montant allant jusqu'à 500 000 \$.

Signature du demandeur

X

Signée à (ville et province)	Date
------------------------------	------

Date

i	i	-	m	m	-	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

SIGNATURE DES REPRÉSENTANTS DE LA SOCIÉTÉ/DE L'ENTITÉ

Si le demandeur est une société ou une autre entité, nous demandons la signature de deux dirigeants de la société/de l'entité et leur titre, **OU** la signature d'un dirigeant de la société et le sceau de la société, **OU** la signature d'un dirigeant et une coche à la mention « Un seul signataire autorisé à lier la société » ainsi qu'un formulaire C-0044 « Supplément - Société/entité » dûment rempli.

Premier signataire autorisé de la société/l'entité

X

Prénom	Nom de famille	Titre
--------	----------------	-------

Nom de famille	Titre
----------------	-------

Titre

☐ Un seul signataire autorisé à lier la société

Deuxième signataire autorisé de la société/l'entité

X

Prénom	Nom de famille	Titre
--------	----------------	-------

Nom de famille	Titre
----------------	-------

Titre

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et tout document justificatif à l'Empire Vie :

Par la poste : Télécopieur : 1 800 419-4051

Empire Vie Courriel :

259, rue King Est placement@empire.ca pour un règlement de placement

Kingston ON K7L 3A8 individualclaims@empire.ca pour un règlement d'assurance vie

MD Marque déposée de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

