

ADHÉSION ÉLECTRONIQUE DES PARTICIPANTS AVEC DOCUSIGN



En tant qu'administrateur de régime, mettre en place votre régime d'assurance collective de l'Empire Vie nécessite de coordonner et de remplir de nombreux formulaires. Notre formulaire d'adhésion électronique, rendu possible grâce au processus de signature électronique de DocuSign, permet d'éliminer l'utilisation du papier et de faciliter le processus, en s'assurant que tous les formulaires sont dûment remplis. Les administrateurs de régimes et les participants peuvent remplir les formulaires en même temps.

Le processus comporte trois étapes simples.

1

Étape 1 : Envoyer le formulaire d'adhésion aux participants

Cliquez sur le lien DocuSign en [français](#) ou en [anglais](#) pour commencer le processus d'adhésion en ligne.

Entrez votre adresse de courriel en tant qu'administrateur de régime. Vous recevrez ainsi un courriel lorsqu'un participant remplit son formulaire. Ensuite, entrez l'adresse de courriel du participant qui doit recevoir le formulaire d'adhésion. Lorsque vous aurez cliqué sur le bouton « COMMENCER À SIGNER », une nouvelle fenêtre s'ouvrira; celle-ci permet de commencer le processus d'adhésion du participant.

Le participant recevra un courriel qui contient un lien vers le formulaire d'adhésion DocuSign.

Avant de commencer à remplir les champs, vous devrez accepter les dispositions en cliquant sur « J'accepte d'utiliser des signatures et des dossiers électroniques ».

Le participant et vous pouvez choisir de refuser l'adhésion. Note : pour refuser l'adhésion au régime d'assurance collective pour lui-même et/ou les personnes à sa charge, l'employé doit envoyer une copie numérisée du formulaire d'adhésion papier.

Renseignement concernant le signataire du formulaire PowerForm

Saisissez le nom et l'adresse e-mail de chaque rôle de signature répertorié ci-dessous. Les signataires recevront un e-mail les invitant à signer ce document.

Veillez saisir votre nom et votre adresse de courriel pour commencer le processus de signature.

Administrateur du régime

Votre nom : *

Votre courriel : *

Veillez entrer l'information sur tout autre signataire requis pour ce document.

Employé

Nom :

Courriel :

COMMENCER À SIGNER



- ▶ **Astuces pratiques : Les deux parties recevront un lien pour remplir et signer le formulaire d'adhésion simultanément. Les participants ne sont pas obligés d'attendre que l'employeur ait rempli sa partie pour pouvoir remplir la leur.**

Assurance et placements

Avec simplicité, rapidité et facilité^{MD}



2

Étape 2 : Remplir la section « Renseignements sur l'emploi » du formulaire

Vous devez remplir tous les champs. Notez que le champ « Salaire » est obligatoire, et ce, même si votre régime ne comprend pas de garantie fondée sur le salaire. Cette information est nécessaire pour bien évaluer les données démographiques de votre groupe au moment du renouvellement.

Si vous devez terminer de remplir le formulaire plus tard, cliquez simplement sur « Terminer ultérieurement », puis confirmez votre adresse de courriel. Vous recevrez par courriel un lien qui vous permettra de reprendre ultérieurement le processus d'adhésion.

- **Note importante :** Le lien DocuSign expire s'il est ouvert plus de cinq fois ou si le formulaire d'adhésion n'est pas rempli dans les 48 heures suivant sa réception. Dans ce cas, le destinataire recevra un nouveau lien par courriel pour remplir le document.

DocuSign Envelope ID: 29DC0851-F1EA-417B-8E75-BA90C4A5A3B

FORMULAIRE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE
 Dans le présent formulaire, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.
 Le masculin singulier est utilisé comme générique pour désigner des personnes dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI (À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME)

Nom de l'employeur/de la division: _____ N° de groupe: _____ Division: _____ N° de certificat/gaie: _____

Prénom de l'employé: _____ Nom de famille: _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa): _____

Codification unique (max. 5 caractères): _____ Emploi: _____

Date d'embauche (jj/mm/aaaa): _____ Nombre d'heures de travail par semaine: _____ Catégorie: _____ Date d'effet de la protection (jj/mm/aaaa): _____

Détails du revenu

Montant	Veuillez indiquer si la rémunération est versée sur une base horaire, hebdomadaire, aux deux semaines ou annuelle.	
Taux de rémunération	<input type="radio"/> Horaire	<input type="radio"/> Hebdo
Salaire	<input type="radio"/> Hebdo	<input type="radio"/> Hebdo
Bonus	<input type="radio"/> Hebdo	<input type="radio"/> Hebdo
Commission	<input type="radio"/> Hebdo	<input type="radio"/> Hebdo

Signature de l'employeur: _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ)
 L'Empire Vie pourrait utiliser votre adresse de courriel et/ou votre numéro de téléphone pour communiquer avec vous à des fins administratives.

Homme Femme Province de résidence: _____ Langue: français anglais État civil: marié célibataire conjoint de fait

Adresse de courriel: _____ Numéro de téléphone: _____ Avez-vous une carte d'assurance maladie provinciale? (p. ex., RAMQ, Assurance-santé, MSP): oui non

Paiement des règlements: Dépôt direct de mes paiements d'assurance maladie, d'assurance dentaire et du compte de dépenses de santé (CDS) dans mon compte bancaire. Veuillez joindre un chèque personnel annulé au nom de l'employé ou remplir la section sur les renseignements bancaires ci-dessous.

Nom de la banque: _____ Nom et adresse: _____

Numéro de transit: _____ Numéro d'institution: _____ Numéro de compte: _____

Renseignements sur les personnes à charge - veuillez inscrire le conjoint et tous les enfants. Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille distincte. Précisez combien de personnes à charge vous inscrivez: 1 2 3 4 plus aucun

Personne à charge ayant une carte d'assurance maladie provinciale

Prénom	Nom de famille	Lien (conjoint, enfant)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe (H/F)	Enfant handicapé*	Étudiant à temps plein âgé de 22 ans ou plus**

Pour votre sécurité, nous vous avons envoyé un nouveau lien



3

Étape 3 : Entrer les renseignements sur l'employé

Le participant doit remplir la section 2 « Renseignements sur l'employé ».

Note : Lorsqu'un employé a plus de quatre personnes à sa charge ou deux bénéficiaires, il doit envoyer un formulaire additionnel indiquant cette information. Il peut [télécharger un PDF éditable à partir de la section « Formulaires d'assurance collective » du site Web de L'Empire Vie](#) et vous envoyer le formulaire dûment rempli. Ensuite, veuillez nous le faire parvenir à groupnewbusiness@empire.ca afin que nous incluions cette information dans le certificat du participant.

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ)
 L'Empire Vie pourrait utiliser votre adresse de courriel et/ou votre numéro de téléphone pour communiquer avec vous à des fins administratives.

Homme Femme Province de résidence: _____ Langue: français anglais État civil: marié célibataire conjoint de fait

Adresse de courriel: _____ Numéro de téléphone: _____ Avez-vous une carte d'assurance maladie provinciale? (p. ex., RAMQ, Assurance-santé, MSP): oui non

Paiement des règlements: Dépôt direct de mes paiements d'assurance maladie, d'assurance dentaire et du compte de dépenses de santé (CDS) dans mon compte bancaire. Veuillez joindre un chèque personnel annulé au nom de l'employé ou remplir la section sur les renseignements bancaires ci-dessous.

Nom de la banque: _____ Nom et adresse: _____

Numéro de transit: _____ Numéro d'institution: _____ Numéro de compte: _____

Renseignements sur les personnes à charge - veuillez inscrire le conjoint et tous les enfants. Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille distincte. Précisez combien de personnes à charge vous inscrivez: 1 2 3 4 plus aucun

Personne à charge ayant une carte d'assurance maladie provinciale

Prénom	Nom de famille	Lien (conjoint, enfant)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe (H/F)	Enfant handicapé*	Étudiant à temps plein âgé de 22 ans ou plus**

Accéder aux formulaires dûment remplis

Tous les formulaires d'adhésion remplis seront envoyés aux adresses de courriel suivantes :

- Administrateur du régime
- Participant
- Équipe des Nouvelles affaires, Solutions d'assurance collective, Empire Vie



N'hésitez pas à communiquer avec votre personne-ressource des Nouvelles affaires des Solutions d'assurance collective de L'Empire Vie par téléphone ou par courriel à groupnewbusiness@empire.ca si vous avez besoin d'aide.

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

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie
 259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8 • 1 877 548-1881 • info@empire.ca • empire.ca

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

GRP-3018-FR-04/21

