# PROPOSITION D'ASSURANCE COLLECTIVE 20PLUS

Les polices sont établies par :

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie

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

empire.ca • 1800 561-1268



# PROPOSITION D'ASSURANCE COLLECTIVE

Si vous manquez d'espace pour répondre à une section, veuillez fournir les détails à la section 4.12. Le masculin singulier est utilisé comme générique pour désigner des personnes, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

<b>1</b> . F	Renseignements s	ur le titulaire de police/	le group	е				
1.1	Titulaire de police/p	proposant						
	Nom officiel de la socié	été :						
	Quel nom devrait figure	er sur vos livrets et cartes des gara	anties? O N	lom ci-dess	sus O Autre no	om :		
			T					
	Adresse (numéro, rue)		Ville			Province	Code postal	
1.2	Administrateur du re			T				
	Administrateur du régir	ne nº 1 (nom)		Numéro d	le téléphone	Adresse de	courriel	
	Administrateur du régir	ne nº 2 (nom)	e n° 2 (nom) Numéro de téléphone Adresse de courriel					
	Administrated du regii	TICTI Z (HOITI)		Numero	ic telephone	Adiesse de	Couriet	
1.3	Secteur d'activité (n	roduits ou services offerts)						
	σεστεσί α αστίνιτα (ρ	roddits od services offerts)						
1.4	Propriété							
		Propriété individuelle O Sociét	·				responsabilité limitée	
	Nom de tout propriéta	ire, si propriété individuelle, socie	été de perso	onnes ou sc	ociété à responsa	bilité limitée :		
1 5		in all man 2 . O Quit . O No m						
1.5		inclure? Oui Non	and at later	list	• doe ontropriese	liána à la muána	anto nuonocition	
		liée, remplissez la section ci-des e facturation avec des sous-totau			<b>e</b> des entreprises Si « Oui », veuille			
	Numéro de la division	Dénomination sociale		Nom q	ui apparaîtra sur	le livret et les c	artes des garanties	
	Adresse (numéro, rue)		Ville			Province	Code postal	
	Nom de l'administrateu	ır du régime	Numéro	éro de téléphone		Adresse de courriel		
	Norr ac taariiriistratet	ar da regime	Numero	de teteprio	TIC .	/ taresse ac	Courter	
	Lien d'affaires avec le ti	tulaire : O Propriété commune	e O Filia	le O Au	utre :			
	Nature de l'entreprise			Nombi	re d'employés de	l'entreprise lié	e	
1.6		<b>DÉE</b> pour toutes les protections : C	h 1, <b>heure</b> (	de l'Est, le :	DURÉE DU REN 15 mois	OUVELLEMEN'	T DE PREMIÈRE ANNÉE :	
	(jour)	(mois) (année)			13 111018			
1.7								
		nir une copie intégrale d'un <b>relev</b> e	é de factura	t <b>ion</b> émis au	u plus 2 mois ava	nt la date d'effe	et demandée ainsi que	
	votre <b>relevé EP3 interentreprises</b> le plus récent.  Assureur  Cette assurance en remplace-t-elle une Date d'annulation proposée							
		I	similaire?		O Non		p op o	
	Pour éviter une interru	ption de la protection, veuillez co	onserver to	ute assuran	ce en vigueur jus	squ'à ce que L'I	Empire, Compagnie	
	premier jour du mois s	re Vie) vous transmette un avis d uivant l'approbation).	acceptation	i de la proti	ection demande	e (la date d'effé	et est normalement le	
	En présentant une pro	position auprès de l'Empire Vie, le ecte, l'utilisation et la communica	e proposant	doit obten	ir le consenteme	ent individuel d	le chaque participant	
	renseignements persoil administration contin	nnels au sujet de toute personne	à sa charge	e. Ce conse	ntement est néc	essaire à l'adhe	ésion au régime et à	

2.	. Renseignements sur les employés										
2.1	Divisions et description	n des catégories									
	N° de division	Catégorie	Description de la catégorie								
	Ci dos divisions/setáserio		ont requises, veuillez remplir une liste distincte intitulée « Annexe de la structure des								
			indre à la présente proposition.								
2.2	Définition de salaire (veuillez cocher tout ce qui s'applique)										
	O Salaire de base O G	Commissions*	Bonis**								
		_	ains des propriétaires et/ou des dirigeants (moyenne de 3 ans). Catégorie distincte requise. ortefeuille ne sont pas admissibles en vertu de la définition de salaire.								
			lus, le salaire sera basé sur :								
	T4 de l'année civile ar		Moyenne des T4 pour les 2 années précédentes								
	** Si des bonis sont inclus	** Si des bonis sont inclus, veuillez préciser la fréquence des bonis : O Annuelle O Mensuelle O Autre :									
	Veuillez expliquer comment les bonis sont déterminés ou calculés :										
2.3	Nombre total d'employ	<u>/és</u>									
	Nombre total d'employés à assurer à la date de prise d'effet de la police : Nombre total d'employés :										
	a) Les employés doivent travailler au moins <b>20 heures par semaine</b> , résider au Canada, avoir une assurance maladie provinciale, et être embauchés sur une base permanente au Canada. Indiquez le nombre minimal d'heures travaillées par semaine : heures										
	Des employés sont-ils exclus de la protection? Oui O Non - Veuillez expliquer pourquoi :										
	Une protection suppléme										
	O Retraités O Jeunes	retraités ( ans 	s jusqu'à 65 ans) C Employés à temps partiel ( heures par semaine)								
2.4	Exigences de participa	tion (Nous exigeons	s une contribution de l'employeur d'au moins 25 %)								
	La participation au régime	e est Obliga	atoire* O Facultative**								
		_	mployés admissibles activement au travail doivent être assurés pour toutes les garanties eur assume la totalité des frais du régime, la participation au régime est obligatoire.								
	· ·	· -	yé admissible peut refuser toutes les garanties en vertu du régime, sous réserve des								
	normes minimales de l	participation énoncé	ées dans le contrat. Un employé qui refuse d'être assuré en vertu de la police doit refuser								
	_		refuser seulement une partie des garanties. e complémentaire et/ou une assurance dentaire, un employé admissible peut renoncer à								
			similaires en vertu du régime de son conjoint. De telles renonciations ne touchent pas le								

2. I	Renseignements sur les employés (suite)							
2.5	Contribution à la prime par le titulaire de police	Contribution à la prime par le titulaire de police						
				Catégorie : _				
	Veuillez indiquer le pourcentage des coûts que le <b>titulaire de p</b> e	<b>olice</b> payera pour chaque ga	arantie.					
	a) Assurance vie			-				
	b) Assurance DMA		-					
	c) Assurance vie des personnes à charge		-					
	d) Assurance en cas de maladies graves de l'employé		-					
	e) Assurance en cas de maladies graves du conjoint			-				
	f) Assurance en cas de maladies graves des personnes à charge							
	g) Assurance à indemnités hebdomadaires*		-					
	h) Assurance invalidité de longue durée*	-						
	i) Assurance maladie complémentaire (AMC)			-				
	j) Assurance dentaire			-				
	* Important : si le proposant demande une assurance à indemn des gains ou plus, le régime doit être imposable. La désignation varier selon la catégorie d'employés.							
2.6	Période d'attente			Division :				
			Catégorie :					
	3 ou 6 mois ou <b>autre durée</b> (veuillez préciser) d'emploi continu :							
	Période d'attente à appliquer aux : 🔘 Employés actuellement en période d'attente et employés futurs 🔍 Employés futurs seulement							
2.7	Disposition relative aux mises à pied et aux congés							
	Des mises à pied ont-elles eu lieu au cours des 5 dernières ann Si « Oui », veuillez indiquer la catégorie et le nombre d'employe							
	Une disposition relative aux mises à pied* est-elle nécessaire? Oui Non  Si « Oui », veuillez préciser le nombre de mois : (maximum de 6 mois)  Une disposition relative aux congés autorisés* est-elle nécessaire? Oui Non  Si « Oui », veuillez préciser le nombre de mois : (maximum de 6 mois)  * Les dispositions relatives aux mises à pied et aux congés autorisés ne s'appliquent pas à l'assurance à indemnités hebdomadaires et à l'assurance invalidité de longue durée.							
2.8	Législation provinciale sur la sécurité au travail							
	Tous les employés sont-ils assurés en vertu d'une loi provinciale O Oui O Non Si « Non », certains employés sont-ils exemp Si « Non », veuillez indiquer les employés qui ne sont pas assur	otés par l'industrie? Oui	$\bigcirc$ Non	CSST/CSPAAT	CAT/WorksafeBC)?			
2.9	Les garanties sont-elles négociées par un syndicat?	Oui O Non						
	Si « Oui », veuillez joindre une copie de la convention collective à la proposition et répondre aux questions ci-dessous.  (i) Un <b>syndicat</b> négocie-t-il pour toutes les catégories? Oui Onon**  ** Si « <b>Non</b> », quelles sont les catégories visées par des négociations <b>syndicales</b> ?  (ii) Date de la dernière négociation <b>syndicale</b> :							
2.10	Catégories d'employés							
	Doit-on assurer des personnes embauchées à titre de contractuels, de conseillers, des membres du conseil d'administration, des actionnaires ou des sous-traitants du titulaire de la police? Oui Non - Si « Oui », veuillez indiquer qui sont ces employés/assurés ci-dessous.							
	Important : nous pourrions demander des détails supplémentair				t-il rémunéré?			
	Nom (nom de famille, prénom)	Travaille principalement pour le titulaire de police?		relevé 1	Honoraires de service			
		O Oui O Non	O Oui	O Non	Oui O Non			
		O Oui O Non		O Non	Oui O Non			
		O Oui O Non		O Non	O Oui O Non			
		Oui O Non		O Non	Oui O Non			

2. I	Renseignements sur l	les employ	és (suite	e)					
.11	Employés n'étant pas ac	tivement au	travail	Oui O No	on				
	Veuillez indiquer ci-dessous des vacances).	s TOUTE perso	onne qui e	est actuellem	ent absente o	du travail pour l'une des	raisons suivante	s (à l'exc	eption
	Code de la raison :								
	(i) Congé de maternité/pat	ternité	(1			I) ou de longue durée (II	•	n autre a	ssureur
	(ii) Mise à pied		•			de l'assurance-emploi (			
	,	(iii) Absence autorisée (vii) Heures réduites/aménagement des tâches/programme de reto progressif au travail						ur	
	(par ex., CSST/CSPAAT/			viii) Autre (veu	uillez explique	er)			
	Nom		Code de raison de	Date du	Date prévue		do ràglomont		
	(nom de famille, prénom)	(jj/mm/aaaa)			de retour au travail	pour les codes (iv) à (viii)		Soumis	Approuvé
						O Prestations de santé e O IH O AE O ILD O Exonération des prime		O Oui O Non	Oui Non
						O Prestations de santé e		00:	00:
						O IH O AE O ILD		Oui Non	O Oui
						O Exonération des prime O Prestations de santé e			
						O IH O AE O ILD	t securite au travait	O Oui	Oui
						O Exonération des prime		O Non	O Non
						O Prestations de santé e		O Oui O Non	O Oui O Non
						O Exonération des prime O Prestations de santé e			
						O IH O AE O ILD O Exonération des prime		Oui Non	O Oui
, -									
	Taux de primes par tra								
	is déterminerons les taux réels à police. Important : veuillez ir								e d'effet
						Division :			
	Taux pleinement assurés					Catégorie :			
	a) Assurance vie de l'emplo	yé (par 1 000 \$	d'assurar	nce)					
	b) Assurance DMA de l'emp								
	c) Assurance vie des persor	nnes à charge							
	d) Assurance en cas de mal		employé	(par tranche d	de 1 000 \$ d'a	assurance)			
	e) Assurance en cas de mal			-					
	f) Assurance en cas de mala			•					
	g) Assurance à indemnités l								
	h) Assurance invalidité de lo		-						
	i) Assurance maladie comp			<u> </u>	<u> </u>				
	Individuelle	<u> </u>	<u> </u>						
	Familiale								
	Monoparentale								
	Couple								
	j) Assurance dentaire						<del></del>		
	Individuelle								
	Familiale						<del></del>		
	Monoparentale						<u> </u>		
	Couple						<u> </u>		

#### 3. Taux de primes par tranche d'assurance (suite) Taux avec services administratifs seulement (SAS) k) AMC (Veuillez indiquer les taux pleinement assurés d'AMC ci-dessus.) Individuelle Familiale Monoparentale Couple l) Assurance dentaire Individuelle Familiale Monoparentale Couple Assurance vie facultative (par 1 000 \$ d'assurance) Tranche d'âge Homme fumeur Femme fumeuse Homme non-fumeur Femme non-fumeuse Moins de 30 ans 0,06 0,07 0,04 0,12 30 à 34 ans 0,07 0,12 0,08 0,05 35 à 39 ans 0,17 0,09 0,07 0,11 40 à 44 ans 0,27 0.19 0.15 0.11 45 à 49 ans 0.45 0,29 0,23 0.16 50 à 54 ans 0.71 0.42 0.37 0.24 55 à 59 ans 119 0.64 0.64 0.38 60 à 64 ans 1,79 0,97 0,96 0,58 65 à 69 ans 2,59 1.45 1.44 0.84 Le taux d'assurance DMA facultative (par tranche de 1 000 \$ d'assurance) correspond au taux de l'assurance DMA de l'employé indiqué à la section b) ci-dessus. Les taux de primes pour les assurances vie et DMA facultatives du conjoint correspondent aux taux de l'assurance vie facultative de l'employé si l'assurance vie facultative du conjoint (et l'assurance DMA facultative du conjoint) est offerte en vertu de la police. Consultez l'annexe pour les assurances en cas de maladies graves facultatives de l'employé, du conjoint et des personnes à charge. 4. Tableau des garanties Veuillez indiquer « toutes » dans la rangée « Division/Catégorie » si la protection s'applique à toutes les catégories et que les détails de la protection sont les mêmes pour toutes les catégories. 4.1 ASSURANCE VIE DE L'EMPLOYÉ Oui Non ASSURANCE DMA DE L'EMPLOYÉ Oui O Non a) Division/Catégorie b) Barème d'assurance vie\* c) Montant maximal d'assurance vie Ś \$ \$ d) Barème d'assurance DMA\* e) Montant maximal d'assurance DMA \$ \$ \$ f) Barème de réduction à l'âge de 65 ans Barème de réduction à l'âge de 70 ans (si la garantie prend fin à l'âge de 75 ans ou plus tard) g) Âge de cessation Ś. Maximum sans preuve Toute assurance vie et/ou assurance DMA de l'employé en excédent du maximum sans preuve sera accordée seulement sous réserve d'une preuve d'assurabilité établie à la satisfaction de l'Empire Vie pour ce qui est des adhérents de moins de 65 ans. Si l'adhérent est âgé de 65 ans ou plus, toute assurance vie et/ou assurance DMA de l'employé en excédent de la moitié du maximum sans preuve sera accordée seulement sous réserve d'une preuve d'assurabilité établie à la satisfaction de l'Empire Vie.

\* Si le barème d'assurance vie et/ou d'assurance DMA correspond à un multiple du salaire, la protection minimale est de 20 000 \$, ou

10 000 \$ lorsque combinée avec une protection maladies graves traditionnelle ou améliorée de 10 000 \$.

4.	Tableau des garanties (suite)										
4.2	ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'EMPL	OYÉ Oui ONon ASSURA	NCE DMA FACULTATIVE DE I	ĽEMPLOYÉ ○ Oui ○ Non							
	a) Division/Catégorie										
	b) Barème d'assurance vie facultative										
	c) Maximal d'assurance vie facultative	\$	\$	\$							
	d) Barème d'assurance DMA facultative										
	e) Montant maximal d'assurance DMA facultative	<u> </u>	\$	\$							
	f) Barème de réduction	O Aucune O 50 % à 65 ans	O Aucune O 50 % à 65 ans	○ Aucune ○ 50 % à 65 ans							
	g) Âge de cessation	○ 65 ○ 70	○ 65 ○ 70	○ 65 ○ 70							
	Une preuve d'assurabilité est requise pour tous les montants d'assurance vie facultative de l'employé. La protection minimale est de 10 000 \$.										
4.3 ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE Oui Non											
	a) Division/Catégorie										
	b) Montant pour le conjoint	\$	\$	\$							
	c) Montant pour chaque enfant à charge	\$	\$	\$							
	d) Âge de cessation*										
	* L'âge de cessation est basé sur l'âge de l'employé. L'âge de cessation pour les enfants à charge assurés est de 22 ans, ou de 26 ans s'ils sont aux études à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu.										
4.4	ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJO ASSURANCE DMA FACULTATIVE DU CONJ										
	a) Division/Catégorie										
	b) Barème d'assurance vie facultative du conjoint										
	c) Montant maximal d'assurance vie facultative du conjoint	\$	\$	\$							
	d) Barème d'assurance DMA facultative du conjoint	\$									
	e) Montant maximal d'assurance DMA facultative du conjoint	\$	\$	\$							
	f) Barème de réduction à 65 ans	○ Aucun ○ 50 % à 65 ans	○ Aucun ○ 50 % à 65 ans	○ Aucun ○ 50 % à 65 ans							
	g) Âge de cessation	○ 65 ans ○ 70 ans	○ 65 ans ○ 70 ans	○ 65 ans ○ 70 ans							
	Une preuve d'assurabilité est requise pour to	Jne preuve d'assurabilité est requise pour tous les montants d'assurance vie facultative du conjoint.									

#### 4. Tableau des garanties (suite) 4.5 ASSURANCE COLLECTIVE EN CAS DE MALADIES GRAVES (MG) (Trois participants d'assurance en a Taux: Voir annexe cas de maladies graves ou plus. La structure du régime peut varier selon la catégorie.) Sélectionnez: Assistance vitale en cas de maladies graves – de base (4 conditions) (AVMG) Assurance en cas de maladies graves traditionnelle – complète (31 conditions) (MGT) Assurance en cas de maladies graves améliorée – prestations multiples (31 conditions, 6 conditions partielles) (MGA) MG des personnes à charge MG de l'employé ○ Oui ○ Non MG de conjoint ○ Oui ○ Non Oui O Non Offerte aux groupes de trois Seulement offerte si l'assurance en Seulement offerte si l'assurance en cas participants d'assurance en cas cas de maladies graves de l'employé de maladies graves de l'employé est de maladies graves ou plus. La est sélectionnée - le même type sélectionnée. Traditionnelle complète structure du régime peut varier de protection doit être sélectionné (15 conditions) Garanties de prestation dans chaque catégorie. La selon la catégorie. partielle/prestations multiples/ protection du conjoint ne peut être prestation pour récurrence du cancer supérieure à celle de l'employé. non offertes aux enfants à charge. a) Division/Catégorie O AVMG O AVMG O AVMG b) Type de protection ○ MGT O MGT O MGT Oui O Oui O Qui O MGT MGT O MGT O Non O MGA O MGA $\bigcirc$ MGA O Non $\bigcirc$ Non O MGA O MGA O MGA c) Montants de protection 10 000 \$ - 250 000 \$ 10 000 \$ - 250 000 \$ 5 000 \$ par enfant Ś d) Âge de cessation AVMG - 65 ans À l'âge de 70 ans de l'employé L'âge de cessation pour les enfants à charge assurés est de 22 ans, ou MGT/MGA - 70 ans de 26 ans s'ils sont aux études à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu, à l'âge de 70 ans de l'employé ou à son départ à la retraite, selon la première éventualité. AVMG - Aucune e) Barème de réduction 50 % à l'âge de 65 ans S. O. MGT/MGA - 50 % à l'âge de 65 ans AVMG - s. o. TCI/ECI f) Maximum sans preuve Aucune sélection des risques Aucune sélection des risques \$ médicaux n'est requise médicaux n'est requise AVMG - Non incluse Incluse Incluse g) Exonération des primes MGT/MGA - Incluse h) Période d'exclusion pour AVMG - s. o. conditions préexistantes MGT/MGA − ○ 24/24 ○ 12/12 (50 assurés ou plus) ○ 0/0 (200 assurés ou plus) (le choix pour l'employé s'applique également aux protections du conjoint et des personnes à charge) 4.6 ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE MALADIES GRAVES (Seulement offerte si l'assurance en cas de maladies graves de l'employé est sélectionnée) Taux: Voir annexe Assurance facultative en cas de MG Assurance facultative en cas de Assurance facultative en cas de des personnes à charge MG de l'employé MG du conjoint Oui Non Oui Non 🔾 Oui 🔾 Non Seulement offerte si l'assurance en Seulement offerte si l'assurance Seulement offerte si l'assurance cas de maladies graves facultative de en cas de maladies graves de en cas de maladies graves l'employé est sélectionnée. l'employé est sélectionnée. facultative de l'employé est Traditionnelle complète (15 conditions) sélectionnée. Il faut sélectionner Garanties de prestation partielle/ le même type de protection pour prestations multiples/prestation pour toutes les catégories. récurrence du cancer non offertes aux enfants à charge. a) Division/Catégorie O MGT b) Type de protection O MGT O MGT $\bigcirc$ MGT O MGT $\bigcirc$ MGT O Oui O Oui O Oui O MGA O MGA O MGA O Non O Non O MGA O MGA O MGA O Non 10 000 \$ - 250 000 \$ 10 000 \$ - 250 000 \$ 5 000 \$ - 25 000 \$ c) Montants de protection \$ \$ \$ \$ d) Âge de cessation 65 ans À l'âge de 65 ans À l'âge de 65 ans de l'employé Aucune sélection des risques Sélection des risques médicaux Sélection des risques médicaux médicaux n'est requise. La période e) Maximum sans preuve complète requise complète requise d'exclusion pour conditions préexistantes s'applique. f) Exonération des primes Incluse

4.	4. Tableau des garanties (suite)									
4.7	INDEMNITÉS HEBDOMADAIRES (I	NVALIDITÉ DE COURTE DUR	ÉE) Oui ONon							
	a) Division/Catégorie									
	b) Pourcentage des gains hebdomadaires	·%	%	%						
	c) Indemnité hebdomadaire maximale	\$	\$	\$						
	d) Délai d'attente (jours)	blessure maladie	blessure maladie	blessure maladie						
	e) Période d'indemnisation maximale	semaines	semaines	semaines						
	e) Inclure 1 <sup>er</sup> jour d'hospitalisation/ chirurgie d'un jour	O Oui O Non	O Oui O Non	Oui O Non						
	f) Âge de cessation (jusqu'à 70 ans)									
	g) Maximum sans preuve\$									
	Ces indemnités doivent-elles être enregis de tout autre programme gouvernement	es en vertu du Programme de réduction du taux de cotisation de l'assurance-emploi ou Oui O Non								
	* Si le pourcentage des gains hebdomadair d'assurance à indemnités hebdomadaires									
4.8	INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	○ Oui ○ Non								
	a) Division/Catégorie		J							
	b) Pourcentage des gains mensuels* ou	%	%	%						
	c) Échelle graduée (si différent selon la catégorie, indiquez les détails à la section 4.12)	(par défaut), ou  % pour la première tranche de	% pour la première tranche de\$,% pour la tranche de\$ suivante, et% de l							
	d) Indemnité mensuelle maximale	\$	\$ Blessure Maladie	Rleccure Maladie						
	e) Délai d'attente (jours) f) Période d'indemnisation maximale	○ 2 ans ○ 5 ans	○ 2 ans ○ 5 ans	2 ans 5 ans 65 ans, moins le délai d'attente						
	g) Période relative à la profession habituelle (années)	——————————————————————————————————————	——————————————————————————————————————	O 3 ans, moins le détail d'attente						
	h) Assurance des survivants	O Aucune O 3 mois O 6 mois	O Aucune O 3 mois O 6 mois	O Aucune O 3 mois O 6 mois						
	i) Clause d'indexation au coût de la vie	O Non, <b>OU</b> %	O Non, <b>OU</b> %	O Non, <b>OU</b> %						
	Âge de cessation	65								
			qué en b) ci-dessus est de 67 % ou plus et/ou que l'employeur paie une partie de la prime urance sera établie comme un avantage imposable (peut varier selon la catégorie).							
	L'intégration RPC/RRQ sera primaire. Le r l'invalidité si les avantages ne sont pas im									
4.9	ASSURANCE MALADIE COMPLÉME	NTAIRE Oui Non								
	Cette garantie est administrée conformé respectera toute norme minimale applic		vinciale applicable en matière de	médicaments d'ordonnance et						
	Division/Catégorie									
		Année d'indemnisation (date d'effet ( Année civile (janvier à décembre)	de la police, ou 1er jour du mois suiva	ant la première période de 12 mois)						
	Âge de cessation* (60 à 85 ans)									
	* L'âge de cessation pour les enfants à c établissement d'enseignement reconn	narge assurés est de 22 ans, ou d u.	e 26 ans s'ils sont aux études à te	emps plein dans un						
	Assurance des survivants	Aucune 🔾 1 an 🔾 2 ans								
	Mutualisation des soins de santé Le	seuil est établi par assuré, par anné	ee d'indemnisation, et doit être le r	nême pour toutes les catégories.						
	L'E So tou au ad « p	Le seuil est établi par assuré, par année d'indemnisation, et doit être le même pour toutes 10000 \$* 15000 \$* 20000 \$* 25000 \$* 7500 \$ (Médicaments L'Empire Vie participe à une entente de mutualisation en assurance médicaments offe Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments (SCMAM). La SCMAI tous les régimes d'assurance médicaments pleinement assurés comprennent une pro au moyen d'un pool appelé « EP3 ». Certaines demandes de règlement pourraient ne admissibles au pool « EP3 ». Dans ce cas, l'Empire Vie prévoit une mesure de rechang « pool des montants importants ».  * Pour toutes les garanties d'AMC, à l'exception du programme d'assistance d'urgence en ce								

## 4. Tableau des garanties (suite)

## 4.9 a) RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Comprend la carte de paiement direct des médicaments, le programme de médicaments de spécialité\* et l'autorisation préalable\*. \* à l'exception du Québec

## Sélectionnez:

## **OPTION 1: RÉGIME STANDARD D'ASSURANCE MÉDICAMENTS OU**

## **OPTION 2: PROGRAMME DE MÉDICAMENTS D'ENTRETIEN**

Pour obtenir le remboursement le plus élevé dans le cas des médicaments d'entretien, il faut les acheter auprès de la pharmacie d'Express Scripts Canada (Pharmacie ESC). Les médicaments seront remboursés s'ils sont achetés dans une pharmacie de détail, mais le remboursement sera 20 % inférieur. Les médicaments admissibles non offerts par la Pharmacie ESC seront remboursés au palier le plus élevé.

OPTION 1 : RÉGIME STANDARD D'ASSURANCE MÉDICAMENTS									
Division/Catégorie									
Type de régime d'assurance médica	ments								
Médicaments sur ordonnance en vertu de la loi D'origine (RXA), génériques (RXAG), substitution obligatoire par des génériques (RXMG), liste provinciale de médicaments (RXO) OU Médicaments prescrits (inclut les médicaments en vente libre), d'origine (RXB), génériques (RXBG)									
Coassurance									
O Remboursement fixe (50 % à 100 %) <b>OU</b>	%	%	%						
O Remboursement à paliers <b>OU</b>	% pour la première tranche de\$,% par la suite	% pour la première tranche de\$,% par la suite	% pour la première tranche de\$,% par la suite						
O Remboursement mixte : (50 % à 100 %) Génériques/d'origine <b>OU</b> médicaments de la liste provinciale de médicaments/exclus de la liste	% /%  Génériques/d'origine  Médicaments de la liste provinciale de médicaments/ exclus de la liste	% /%  Génériques/d'origine  Médicaments de la liste provinciale de médicaments/ exclus de la liste	% /%  Génériques/d'origine  Médicaments de la liste provinciale de médicaments/ exclus de la liste						
Franchise									
Aucune <b>OU</b>	○ Oui ○ Non	○ Oui ○ Non	Oui O Non						
Annuelle (individuelle/familiale)	\$ (I) /\$ (F)	\$ (I) /\$ (F)	\$ (I) /\$ (F)						
Par ordonnance (1 \$ à 20 \$)	O Frais de préparation OU\$	O Frais de préparation OU\$	O Frais de préparation OU\$						
Maximum des frais de préparation (1 \$ à 20 \$). Ne s'applique pas aux employés et/ou aux personnes à leur charge qui résident au Québec.	○ Frais raisonnables et habituels de l'Empire Vie <b>OU</b> ○\$	O Frais raisonnables et habituels de l'Empire Vie OU O\$	O Frais raisonnables et habituels de l'Empire Vie <b>OU</b> O\$						
Maximum									
Tous les types de régime (500 \$ à 10 000 \$) à l'exception des médicaments ci-dessous :	○ Illimité <b>OU</b> ○\$ ○ par assuré ○ par certificat	O Illimité <b>OU</b> O\$ O par assuré O par certificat	O Illimité <b>OU</b> O\$ O par assuré O par certificat						
Maximum viager pour les médicaments de désaccoutumance au tabac (100 \$ à 700 \$)	○ Oui\$ ○ Non	○ Oui\$ ○ Non	○ Oui\$ ○ Non						
Maximum annuel pour les médicaments traitant le dysfonctionnement sexuel (500 \$ à 1 500 \$)	○ Oui\$ ○ Non	○ Oui\$ ○ Non	○ Oui\$ ○ Non						
Maximum viager pour les médicaments favorisant la fertilité	○ Oui\$ ○ Non	○ Oui\$ ○ Non	○ Oui\$ ○ Non						

4. 7	4. Tableau des garanties (suite)									
	RÉGIME D'ASSURANCE M		uite)							
	<b>OPTION 2: PROGRAMME</b>	E DE MÉDICAME	NTS D'ENTRETI	EN (à l'exception	du Québec)					
	Division/Catégorie									
	Liste de médicaments	O Substitution of	oligatoire par des	rmule générique						
		Méd. d'entretien - Pharmacie ESC/ Pharmacie de détail	Tous les autres méd Pharmacie ESC/Pharmacie de détail	Méd. d'entretien - Pharmacie ESC/ Pharmacie de détail	Tous les autres méd Pharmacie ESC/Pharmacie de détail	Méd. d'entretien - Pharmacie ESC/ Pharmacie de détail	Tous les autres méd Pharmacie ESC/Pharmacie de détail			
	Coassurance									
	○ fixe <b>OU</b>	0 80 %/60 % 0 90 %/70 % 0 100 %/80 %	○ 80 % ○ 90 % ○ 100 %	0 80 %/60 % 0 90 %/70 % 0 100 %/80 %	○ 80 % ○ 90 % ○ 100 %	○ 80 %/60 % ○ 90 %/70 % ○ 100 %/80 %	○ 80 % ○ 90 % ○ 100 %			
	O paliers	Pharmacie ESC  % des premiers \$, 100 % par la suite Pharmacie de détail  % des premiers \$, 80 % par la suite	% des premiers \$, 100 % par la suite	Pharmacie ESC  % des premiers \$, 100 % par la suite Pharmacie de détail  % des premiers \$, 80 % par la suite	% des premiers \$, 100 % par la suite	Pharmacie ESC  % des premiers \$, 100 % par la suite Pharmacie de détail  % des premiers \$, 80 % par la suite	% des premiers \$, 100 % par la suite			
	Franchise	Pharmacie ESC - Pharmacie de détail - Le régime remboursera les frais de préparation raisonnables et habituels provinciaux et l'employé paiera le solde		Pharmacie ESC - Pharmacie ESC Pharmacie de détail - Le régime remboursera les frais de préparation raisonnables et habituels provinciaux et l'employé paiera le solde	Le régime remboursera les frais de préparation raisonnables et habituels provinciaux et l'employé paiera le solde.	Pharmacie ESC - Pharmacie ESC Pharmacie de détail - Le régime remboursera les frais de préparation raisonnables et habituels provinciaux et l'employé paiera le solde	Le régime remboursera les frais de préparation raisonnables et habituels provinciaux et l'employé paiera le solde.			
		* Les médicaments Ces médicaments	s non offerts par la sont alors admissik	Pharmacie ESC pe ples à un rembours	euvent être achetés ement en vertu du	s dans une pharma ı régime.	icie de détail.			
	Maximum (500 \$ à 10 000 \$)  Tous les médicaments, sauf: Désaccoutumance au tabac (maximum viager de 300 \$) Dysfonctionnement sexuel (maximum annuel de 1 000 \$) Fertilité (50 % coassurance, maximum viager de 4 000 \$)		llimité <b>OU</b> ()\$ par assuré () par certificat us Oui () Non		<ul> <li>○ Illimité OU ○\$</li> <li>○ par assuré ○ par certificat</li> <li>Inclus</li> <li>○ Oui ○ Non</li> <li>○ Oui ○ Non</li> </ul>		<ul> <li>○ Illimité OU ○\$</li> <li>○ par assuré ○ par certificat</li> <li>Inclus</li> <li>○ Oui ○ Non</li> <li>○ Oui ○ Non</li> </ul>			
40 b)	SOINS MÉDICAUX MAJEU	IDC		<u> </u>		L				
4.9 D)	Sélectionnez :	JKJ								
	OPTION 1: SOINS MÉDI Inclut les médicaments d'or programme d'assistance d'u Possibilité d'inclure hospital	rdonnance, les four urgence en cours d	nitures médicales, e voyage.	les soins infirmie	rs privés, l'assuran	ce des survivants				
	OPTION 2 : RÉGIME D'A	SSURANCE MAL	ADIE COMPLÉN	MENTAIRE STAI	NDARD					
	OPTION 1 : SOINS MÉDIC	CAUX ESSENTIEL	Oui ONon							
	PROTECTIONS OBLIGATO	OIRES								
	Soins infirmiers privés	Inclus avec i	une coassurance o	de 100 % et un ma	ximum de 10 000	\$				
Fournitures médicales Incluses avec une coassurance de 100 % – tous les maximums standar							uent			
	Régime d'assurance médicaments	Les options le dysfonction	d'assurance médi onnement sexuel	caments sélectionet les médicamer	nnées s'appliquer nts favorisant la fe	ont. Exclut les mé rtilité.	edicaments pour			
	Programme d'assistance d'urgence en cours de voya	<b>Ge</b> Coassurance	e de 100 %, maxim	num viager de 5 0	00 000 \$, par assu	ıré				
	Durée du voyage, nombre de jours de protection continue	e 0.60 i	O 90 jours O	120 jours						
	PROTECTIONS FACULTA		protections obli	gatoires)						
	Maximum combiné, par certificat (100 % coassurance Protections incluses	(ce) 0 500 \$ C	) 1 000 \$ O Excl	usion	s naramédicaux c	oins de la vive et c	vamens de la vivo			
	FIOLECTIONS INCLUSES	nospitalisati	on en chambre se	i i i - privee, service:	s parametricaux, so	on is de la vue el e	variieris ne la vne			

## 4. Tableau des garanties (suite)

## 4.9 b) SOINS MÉDICAUX MAJEURS (suite)

Division/Catégorie		,	,	,
Coassurance - S'applique aux soins médicaux majeurs, SAUF : hospitalisation en chambre semi-privée, soins et examens de la vue, programme d'assistance d'urgence en cours de voyage et soins paramédicaux	50 % à 100 %			
Franchise (non combinée avec franchise pour	0 \$/0 \$ à 250 \$/500 \$, ou autre			
médicaments)  Examens de la vue	Oui/Non Personne à charge - 12 ou 24 mois Adultes - 24 mois			
Coassurance	70 % à 100 %			
Maximum par assuré	75 \$ à 200 \$			
Soins de la vue	Oui/Non			
La franchise pour soins médicaux majeurs s'applique-t-elle?	Oui/Non			
Coassurance	70 % à 100 %			
Maximum par assuré	100 \$ à 500 \$			
Hospitalisation	100 4 8 000 4			
Chambre semi-privée	Oui/Non			
La franchise pour soins médicaux majeurs s'applique-t-elle?	Oui/Non			
Coassurance	70 % à 100 %			
Chambre privée (inclut semi-privée)	Oui/Non			
Coassurance	70 % à 100 %			
Hôpital de convalescence	Oui/Non			
La franchise pour soins médicaux majeurs	Oui/Non			
s'applique-t-elle?  Coassurance	Coassurance des soins médicaux			
Maximum quotidien	majeurs ou 50 % à 100 % 20 \$-40 \$, autre			
<u>'</u>	90, 120, 180		-	
Nombre de jours maximal				<u> </u>
Établissement de traitement spécialisé La franchise pour soins médicaux majeurs s'applique-t-elle?	Oui/Non Oui/Non			
Coassurance	Coassurance des soins médicaux majeurs ou 50 % à 100 %			
Maximum quotidien	20 \$-40 \$, autre			
Maximum	Jusqu'à 4 000 \$			
Fournitures orthopédiques	Oui/Non			
Maximum par assuré Semelles	200 \$ à 500 \$			
Chaussures, <b>OU</b>	200 \$ à 500 \$			
Maximum combiné	300 \$ à 1 000 \$			
Tests diagnostiques	Inclus			
Maximum par assuré	500 \$ à Illimité			
Appareils auditifs	Oui/Non			
Période d'indemnisation	3, 4, 5 ans			
Maximum	300 \$ à 1 000 \$			
Soins infirmiers privés	Oui/Non			
Maximum par assuré	Maximum annuel de 5 000 \$ à 25 000 \$			
Programme d'assistance d'urgence en cours de voyage	Inclus, coassurance 100 %, franchise 0	\$, assistance	d'urgence inclu	se
Maximum viager par assuré Maximum viager par assuré pour recommandation	5 000 000 \$ 15 000 \$ (combiné)			
à l'extérieur de la province Durée du voyage	60, 90, 120 jours			

lableau des garanties (si										
SERVICES PARAMÉDICAUX	Oui C	Non								
Sélectionnez :										
OPTION 1: TRADITIONNI	OPTION 1 : TRADITIONNELLE - Options de protection groupées par type de praticiens. Sélectionnez les praticiens à inclure, OU									
OPTION 2 : GROUPÉE - Pr maximum pour chaque group		ur l'ensemb	le des pratio	ciens regrou	ıpés selon c	lifférents ma	ıximums. Sé	electionnez	un	
Possibilité d'ajouter une gara options ci-dessus.	ntie Déper	ises de san	té connexe	es (DSC) ou	un compt	e de dépens	ses de sant	é (CDS) aux	x	
PTION 1 : TRADITIONNELLE										
Standard - De base + Acupunc	Praticiens inclus : De base - Chiropraticien, Physiothérapeute, Psychologue/Travailleur social (combiné) Standard - De base + Acupuncteur, Diététiste agréé, Ergothérapeute, Audiologiste, Orthophoniste Plus - Standard + Massothérapeute, Podiatre/Podologue (combinés), Naturopathe, Ostéopathe									
Division/Catégorie					/					
Sélectionnez l'une des trois options		l (inclut l'opti ut les option		O <b>Standard</b> (inclut l'option de base)				<b>d</b> (inclut l'optilut les option	tion de base) ns de base et	
Coassurance	○ 70 % ○ ○ 90 % ○	75 % O 8 100 %	0 %	○ 70 % ○ 75 % ○ 80 % ○ 90 % ○ 100 %			○ 70 % ○ 90 %	75 % O 8	80 %	
Maximum annuel	Servicion (300 \$ à 750 \$) Ar assuré, par praticien OU Ar certificat, par praticien			<ul><li>○ \$ (300 \$ à 750 \$)</li><li>○ Par assuré, par praticien OU</li><li>○ Par certificat, par praticien</li></ul>			O\$ (300 \$ à 750 \$) O Par assuré, par praticien OU O Par certificat, par praticien			
	\$ (3 1 000 \$ (plu Par certifica combinés ,		assuré, tous les praticiens		\$\)(300 \\$\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\			\$ (300 \$ à 750 \$)  1 000 \$ (plus seulement) Par certificat, tous les praticiens combinés, OU Par assuré, tous les praticiens combinés		
Maximum par visite	O Oui	Non		Oui O Non			Oui Non			
Montant en dollars	\$(	(25 \$ à 75 \$)		\$ (25 \$ à 75 \$)			\$ (25 \$ à 75 \$)			
OPTION 2 : GROUPÉE										
Praticiens inclus (vous ne pouv Groupe 1 – Physiothérapeute, Groupe 2 – Chiropraticien, Ma Groupe 3 – Acupuncteur, Natu	Psychologu ssothérape	ie, Travaillei ute, Podiatr	ur social, Di	ététiste agr	éé, Ergothé	rapeute, Au	diologiste, (	Orthophon	iste	
Division/Catégorie										
Coassurance	○ 70 % ○ ○ 90 % ○	) 75 % O 8 ) 100 %	80 %	○ 70 % ○ ○ 90 % ○	75 % O 100 %	80 %		75 % O 100 %	80 %	
Base du maximum	O Par certi	ficat O Pa	ır assuré	O Par cert	ificat OP	ar assuré	O Par cert	ificat O P	ar assuré	
Maximum annuel, par groupe	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	
* Offert uniquement a) par certificat b) c)*	○ 500 \$ ○ 750 \$ ○ 1 000 \$	300 \$ 500 \$ 750 \$	200 \$ 300 \$ 500 \$	○ 500 \$ ○ 750 \$ ○ 1 000 \$	300 \$ 500 \$ 750 \$	200 \$ 300 \$ 500 \$	○ 500 \$ ○ 750 \$ ○ 1 000 \$	300 \$ 500 \$ 750 \$	200 \$ 300 \$ 500 \$	
Maximum par visite	O Oui	Non		Oui O	Non		Oui O	Non		
Montant	\$(	(25 \$ à 75 \$)		\$	(25 \$ à 75 \$	)	\$	(25 \$ à 75 \$	5)	
Notes : Veuillez indiquer ici to	ut écart et/c	ou toute cor	nsidération	particulière						

#### 4. Tableau des garanties (suite) 4.10 COMPTE DE DÉPENSES DE SANTÉ Sélectionnez : OPTION 1: DÉPENSES DE SANTÉ CONNEXES (GARANTIE ASSURÉE) ET/OU OPTION 2 : COMPTE DE DÉPENSES DE SANTÉ (CDS) (SERVICES ADMINISTRATIFS SEULEMENT) OPTION 1 : DÉPENSES DE SANTÉ CONNEXES (GARANTIE ASSURÉE) Oui Non Taux: inclus dans celui de l'AMC Division/Catégorie Maximum annuel Individuel (100 \$ à 5 000 \$) OU \$ \$ \$ \$ \$ \$ Familiale (100 \$ à 5 000 \$) OPTION 2 : COMPTE DE DÉPENSES DE SANTÉ (CDS) (SERVICES ADMINISTRATIFS SEULEMENT) Oui Onon La protection n'a pas à s'appliquer à toutes les catégories, mais elle doit s'appliquer à tous les employés d'une catégorie. Option de financement standard : rapprochement mensuel Division/Catégorie Période d'indemnisation O Année civile O Année d'indemnisation Période d'attente ○ 90 jours ○ 180 jours Type de compte O avec solde reportable O sans solde reportable Nouveaux employés au prorata Oui O Non Oui O Non Oui O Non Coordination avec AMC et assurance Oui (recommandée) O Non Oui (recommandée) O Non Oui (recommandée) O Non dentaire Montant Annuel (100 \$ à 10 000 \$) Annuel (100 \$ à 10 000 \$) ○ Annuel (100 \$ à 10 000 \$) Individuel \_\_\_\_\_\$ Individuel \$ Individuel \$ Familial \_\_\_\_\_\$ Familial \$ Familial \$ Pour l'option « avec solde Pour l'option « avec solde Pour l'option « avec solde reportable » uniquement reportable » uniquement reportable » uniquement O Semestriel (50 \$ à 2 500 \$) O Semestriel (50 \$ à 2 500 \$) O Semestriel (50 \$ à 2 500 \$) Individuel \_\_\_\_\$ Individuel \_\_\_\_\$ Individuel \_\_\_\_\$ Familial \_\_\_\_\$ Familial \_\_\_\_\$ Familial \_\_\_\_\$ OU OU OU ○ Trimestriel (50 \$ à 2 500 \$) ○ Trimestriel (50 \$ à 2 500 \$) ○ Trimestriel (50 \$ à 2 500 \$) Individuel \_\_\_\_\_\$ Individuel \_\_\_\_\$ Individuel \_\_\_\_\_\$ Familial \_\_\_\_\$ Familial \_\_\_\_\$ Familial \_\_\_\_\$

# 4. Tableau des garanties (suite) 4.11 ASSURANCE DENTAIRE Sélectionnez: **OPTION 1 : DENTAFLEX** (La garantie doit être identique pour toutes les catégories. Option combinée avec les soins de base, la parodontie et l'endodontie, les restaurations majeures et les soins orthodontiques. Les soins orthodontiques concernent les enfants à charge de 19 ans et moins.) **ET/OU**

	OPTION 2 : ASSURANCE DENTAIRE STANDARD										
	OPTION 1 : DENTAFLE)	<b>(</b> ○ Oui ○	Non - Si «	Oui » : O	arantie assu			ratifs seulem re identique p		es classes)	
	Division/Catégorie										
	Maximum annuel combiné	O Par assu	○ Par assuré ○ Par certificat								
	combine	\$	;		\$			\$			
Ī	Coassurance	0 80 %	O 100 %		○ 80 % ○ 100 %			0 80 %	100 %		
Ī	Soins de rappel (mois)	06 09	O 12		06 09	O 12		06 09	O 12		
	<b>Unités de détartrage</b> (1 unité = 15 minutes)	(6 à 16)			(6 à	16)		(6 à	16)		
	Guide des tarifs –	○ Standard ○ De luxe (+ 25 %)			O Standard	d O De lux	e (+ 25 %)	○ Standard	De luxe	e (+ 25 %)	
	Généralistes	O Courant (indiquez u	ou O Fixe _ ne année)		○ Courant ou ○ Fixe (indiquez une année)			O Courant (indiquez ui	ou O Fixe _ ne année)		
		O Province	Province de résidence de l'employé Site principal de l'entreprise du titulaire de la police								
_	Période d'indemnisation	Correspond	d à celle de	l'AMC							
	Assurance des survivants Incluse pendant 2 ans										
	Franchise	0\$									
	OPTION 2 : ASSURANC	E DENTAIR	RE STANDA	ARD Oui	○ Non – Si «	Oui » : O Ga	arantie assuré	e O Services	administrati	fs seulement	
		Soins de base (B) et Parodontie et endodontie (P)			Restaurations majeures Oui Non Combiner avec les soins de base? Oui Non			Soins orthodontiques Oui Non Adultes inclus? Oui Non			
	Division/Catégorie		/								
	Franchise	0 \$/0 \$, 25	0 \$/0 \$, 25 \$/50 \$, 50 \$/100 \$, autre							Į.	
	(individuelle/familiale)	\$ (I) \$ (I) \$ (I)			Correspond à celle des soins de base			0 \$/0 \$			
_		\$ (F)	\$ (F)	\$ (F)							
	C	60 % à 100			50 % à 80 %	<b>/</b>		50 % à 60 %			
	Coassurance	% (B) % (P)	% (B) % (P)	% (B) % (P)		%	%	%	%	%	
	Maximum	O Par assu	ré O Par c	ertificat	O Par assur	é O Par ce	ertificat	O Par assur	·é		
		500 \$-5 00	0\$		500 \$-5 00	0\$		1 000 \$-7 0	00\$		
								\$	\$	\$	
_		\$	\$	\$	\$	\$	\$	La vie durant	La vie durant	La vie durant	
	Unités de détartrage (1 unité = 15 minutes)				S. O.			S. O.			
	<b>Soins de rappel</b> (6, 9 ou 12 mois)				S. O.			S. O.			
	Période d'indemnisation	Correspond	à celle de l'	AMC				La vie durar	nt		
	Période d'indemnisationCorrespond à celle de l'AMCLa vie durantÂge de cessationCorrespond à celui de l'AMCEnfants à charge assurés : 22 ans, ou 26 ans s'ils sont aux études à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu. L'âge de cessation pour les soins orthodontiques des personnes à charge est de 20 ans.							tudes à olissement o. L'âge ns			

<i>1</i> T	ableau des garanti	OS (quita)				
	ASSURANCE DENTAIR					
7.11	OPTION 2 : ASSURAN		- STANDARD (c	uite)		
	Assurance des survivants	O Aucune O 1 an O 2 ans	O Aucune O 1 an O 2 ans	O Aucune O 1 an O 2 ans	s. o.	S. O.
	<b>Guide des tarifs</b> (De luxe = + 25 %)	<ul><li>Standard</li><li>De luxe</li></ul>	<ul><li>○ Standard</li><li>○ De luxe</li></ul>	<ul><li>Standard</li><li>De luxe</li></ul>	S. O.	S. O.
	Année	O Courante O Fixe – année :	O Courante O Fixe – année :	O Courante O Fixe – année :	s. o.	S. O.
	Guide des tarifs	<ul><li>Généralistes</li><li>Spécialistes</li></ul>	<ul><li>Généralistes</li><li>Spécialistes</li></ul>	O Généralistes O Spécialistes	S. O.	S. O.
	Province	O Province de ré	ésidence de l'emp de l'entreprise du	loyé (par défaut) titulaire de la polic	ce	
4.12	Corrections, modif	ications et cla	arifications (re	éservé au prop	posant)	

## 

## 5.2 Site à l'intention des administrateurs de régimes

- a) Tous les administrateurs de régimes indiqués à la section 1.2 de cette proposition pourront consulter les renseignements sur les employés concernant la police d'assurance collective et les mettre à jour (sauf les renseignements détaillés sur les demandes de règlement) tant qu'ils exerceront leurs fonctions d'administrateur de régime.
- b) Le proposant autorise tout conseiller indiqué à la section 6 de cette proposition à mettre à jour les détails sur les employés et la structure du régime sur le site à l'intention des administrateurs de régimes. O Oui O Non

## 5.3 Taxe de vente au détail (Ontario) – Formulaire de choix

#### **DÉCLARATION**

Oui, le proposant qui demande la présente police d'assurance collective choisit de remettre au complet la taxe de vente au détail de l'Ontario à percevoir sur les primes des employés et de l'employeur à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie conformément aux articles 3.1(3) et 3.2(3) du règlement 1013 des Règlements refondus de l'Ontario, 1990, en vertu de la *Loi sur la taxe de vente au détail*, tels qu'ils sont applicables.

À utiliser :

- a) si vous êtes présentement autorisé ou que vous le deviendrez, en vertu de la *Loi sur la taxe de vente au détail* (Ontario), à remettre la taxe de vente au détail perçue sur les primes des employés sur une police d'assurance collective (article 3.2(3));
- b) si vous êtes un fournisseur autorisé en vertu de la *Loi sur la taxe de vente au détail* (Ontario) et que vous désirez que L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie remette la taxe de vente au détail perçue sur les primes des employés (article 3.1(3)).

## 5. Déclarations, autorisations et signatures (suite) (Il doit s'agir de signatures originales.)

### 5.4 Le proposant atteste que :

- 1) les déclarations et les réponses ci-dessus constituent la proposition pour le contrat et qu'elles en font partie intégrante. De ce fait, les erreurs ou les fausses représentations liées aux renseignements donnés pourraient entraîner l'annulation de la protection, et le proposant certifie que les réponses et les renseignements donnés dans cette proposition et dans les autres documents à l'appui de la présente proposition sont complets, entiers et véridiques;
- 2) advenant le cas où il fait partie d'une société à responsabilité limitée, toutes les parties de la société consentent et autorisent le proposant à engager et à lier la société relativement au présent contrat;
- 3) l'assurance prendra effet conformément aux conditions de la police à être établie au nom du proposant et sous réserve de celles-ci, mais ne peut en aucun cas prendre effet tant que la proposition n'a pas été approuvée par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie);
- 4) il a obtenu le consentement individuel de chaque participant pour recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels (y compris des renseignements personnels sur les personnes à charge du participant) requis dans le cadre de l'adhésion au régime et de l'administration du régime;
- 5) tous les administrateurs de régimes indiqués à la section 1.2 de cette proposition pourront consulter les renseignements sur les employés concernant la police d'assurance collective et les mettre à jour (sauf les renseignements détaillés sur les demandes de règlement) jusqu'à ce qu'ils soient retirés de leurs fonctions d'administrateurs de régime;
  - a) il confirme qu'il a lu et compris les conditions d'utilisation du site pour l'administration du régime, qu'il accepte de s'y conformer et qu'il y sera lié, ainsi que ses successeurs et cessionnaires autorisés;
- 6) il confirme la nomination de tout conseiller identifié à la section 6 de la présente proposition à titre de consultant/représentant attitré pour la présente police. Il autorise ledit consultant/représentant attitré à :
  - a) recevoir toute information pouvant être demandée au sujet des régimes actuels, des régimes futurs ou de toute soumission de contrat d'assurance demandée par toute société d'assurance ou autre organisation qui administre de tels contrats.

    L'information transmise ne comportera aucun détail sur les demandes de règlement des participants;
  - b) consulter les détails sur les employés et la structure du régime sur le site à l'intention des administrateurs de régimes;
  - c) recevoir toute commission quant aux contrats existants ou futurs liés au régime d'assurance collective.

Cette nomination demeurera en vigueur jusqu'à ce qu'elle soit révoquée par le proposant par écrit.

Si l'Empire Vie découvre des erreurs ou des omissions dans la présente proposition, elle est autorisée par la présente à modifier celleci en inscrivant les changements faits à la section 4.12 intitulée « Corrections, modifications et clarifications ». L'acceptation par le proposant de la police accompagnée d'une copie de la proposition ainsi modifiée représente la ratification de telles « Corrections, modifications et clarifications ».

Le proposant comprend et reconnaît que :

- l'entente de débits préautorisés, comme indiqué à la section 5.1, peut prendre fin en tout temps à la réception d'un avis écrit de 10 jours par l'Empire Vie ou le proposant;
- l'annulation de débits préautorisés ne signifie pas l'annulation du service par l'Empire Vie, et le proposant est responsable de toute somme due, qu'il s'agisse d'une somme passée, présente ou future;
- aux fins de l'entente de débits préautorisés, tout débit du compte du proposant sera traité comme un débit personnel;
- pour obtenir un exemplaire du formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur le droit d'annuler une entente de débits préautorisés, le proposant peut communiquer avec son institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.

Le proposant autorise l'Empire Vie à prélever les paiements mensuels de la prime au besoin, conformément aux directives du proposant énoncées à la section 5.1, et le proposant comprend que ces montants pourraient être variables, et augmenter ou diminuer.

Le proposant renonce au 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.

Un chèque en dépôt de la prime initiale de\$ e doit correspondre à la valeur approximative de la première p l'acceptation de la proposition.		
Fait et signé à	, lee jour de (d')	
(ville et province)	(mois)	(année)
pour		
Proposant – dénomination sociale complète de l'e	ntreprise (en lettres moulées)	
par <b>X</b>		
Signature d'un représentant autorisé de l'entreprise	Nom et titre complets en lettres moulées	
par_ <b>X</b>		
Signature du témoin	Nom et titre complets en lettres moulées	

## 6. Renseignements sur le conseiller

## Engagement du conseiller :

À ma connaissance, toutes les déclarations dans la présente proposition sont complètes et véridiques.

J'ai lu et compris le contenu du formulaire.

J'ai avisé le proposant de ne pas mettre fin à toute protection actuelle tant qu'il n'a pas reçu un avis stipulant que la proposition pour la protection demandée a été acceptée.

J'ai fourni au proposant un avis de divulgation mentionnant le fait que je puisse recevoir une rémunération sous forme de bonis, de commissions, de participation à des congrès ou d'autres incitatifs ainsi que tout conflit d'intérêts réel ou potentiel.

Je ne suis au courant d'aucune information supplémentaire qui pourrait avoir une incidence sur la sélection des risques et l'acceptation de cette proposition d'assurance collective.

Veuillez utiliser cette colonne s'il y a deux conseillers.						
Date			Date			
Nom de l'entreprise			Nom de l'entreprise			
Adresse : numéro, rue, bureau			Adresse : numéro, rue, bureau			
Ville P	Province	Code postal	Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone	Numéro d	de télécopieur	Numéro de téléphone Numéro de télécopieur		le télécopieur	
Adresse de courriel		Adresse de courriel				
Bureau d'assurance collective		Bureau d'assurance collective				
Code de conseiller de l'Empire Vie	Pourcen	tage du cas	Code de conseiller de l'Empire Vie	Pourcentage du cas		
Nom du conseiller – nom complet en lettres moulées		Nom du conseiller – nom complet en lettres moulées				
Signature du conseiller		Signature du conseiller				

## **VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE:**

- 1) toutes les sections requises de la proposition ont été remplies, et que celle-ci est signée et datée à une date antérieure à la date d'effet demandée:
- 2) les formulaires d'adhésion et, s'il y a lieu, les déclarations tenant lieu d'examen médical de tous les employés ont été remplis et joints et que les employés ont été avisés des exigences relatives aux preuves supplémentaires;
- 3) une copie de la facturation courante mentionnant les volumes d'assurance en vigueur pour chaque employé est jointe si une protection est en vigueur;
- 4) un chèque représentant la prime d'un mois fait à l'ordre de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie accompagne la proposition;
- 5) une copie complète de la soumission pour ce groupe est jointe.

Assurance et placements – Avec simplicité, rapidité et facilité™ www.empire.ca info@empire.ca



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

# Demande pour le programme d'aide aux employés (PAE) Assistance directe

Dénomination sociale de la société							
Adresse	Ville		Province	Code postal			
Date d'effet du PAE	Échantillon	Échantillon initial d'employés dans le programme					
Nom du représentant autorisé Titre	Titre	Titre					
Adresse de courriel		Numéro de téléphone					
Numéro du groupe de l'Empire Vie							
Les services de PAE Assistancedirecte (« ser doivent être demandés directement à Hum Les services de PAE incluent : un centre de services de référence, un service d'encadre au tabac, un accès au portail travail-vie per directement les documents décrivant les se Taux de HumanaCare : 3,95 \$ par employé, couvrir la première prime mensuelle selon Les services de PAE prendront effet à la dat Vous consentez à divulguer des données gu'identification personnelle ne sera divulgue. Signature d'un représentant autorisé X	réponse clinique ouvert 2 ment en matière de style esonnelle et mieux-être et ervices de PAE et l'entente /par mois plus la TPS/TVH l'échantillon initial d'emple e d'effet à laquelle Humar énérales à l'Empire Vie enée).	artie du contrat d'assuran 4/7, du counseling d'éva de vie et de mieux-être, un centre d'information de services de PAE. /TVQ, selon le cas. Hum byés. naCare approuvera cette	nce collective de l'En iluation des risques d un traitement de dé et de référence. Hui nanaCare vous enver demande. en des services (aucu	npire Vie. de santé, des saccoutumance manaCare vous enverra ra une facture pour ne information			
Nom de l'administrateur							
Adresse de courriel			Numéro de	Numéro de téléphone			
Nom du conseiller			l l				
Cabinet du conseiller							
Adresse	Ville		Province	Code postal			
Adresse de courriel		Numéro de	Numéro de téléphone				

Adresse de courriel

Adresse de courriel



Numéro de téléphone

Numéro de téléphone

Gestionnaire de comptes de l'Empire Vie

Directeur de comptes de l'Empire Vie

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