

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

www.empire.ca

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.

1. Renseignements sur le titulaire de police/le groupe

1.1 Titulaire de police/proposant

Nom officiel de la société :

Quel nom devrait figurer sur vos livrets et cartes des garanties? Nom ci-dessus Autre nom :

Adresse (numéro, rue)

Ville

Province

Code postal

1.2 Administrateur du régime

Administrateur du régime n° 1 (nom)

Numéro de téléphone

Adresse de courriel

Administrateur du régime n° 2 (nom)

Numéro de téléphone

Adresse de courriel

1.3 Secteur d'activité (produits ou services offerts)

1.4 Propriété

Cochez une case : Propriété individuelle Société de personnes Société par actions Société à responsabilité limitée

Nom de tout propriétaire, si propriété individuelle, société de personnes ou société à responsabilité limitée :

1.5 Entreprises liées - à inclure? Oui Non

Si plus d'une entreprise liée, remplissez la section ci-dessous et **joignez une liste** des entreprises liées à la présente proposition. Avez-vous besoin d'une facturation avec des sous-totaux? Oui Non - Si « Oui », veuillez remplir la section 13.

Numéro de la division

Dénomination sociale

Nom qui apparaîtra sur le livret et les cartes des garanties

Adresse (numéro, rue)

Ville

Province

Code postal

Nom de l'administrateur du régime

Numéro de téléphone

Adresse de courriel

Lien d'affaires avec le titulaire : Propriété commune Filiale Autre :

Nature de l'entreprise

Nombre d'employés de l'entreprise liée

1.6 DATE D'EFFET DEMANDÉE pour toutes les protections : 0 h 1, **heure de l'Est**, le :
(jour) (mois) (année)

DURÉE DU RENOUELEMENT DE PREMIÈRE ANNÉE :
15 mois

1.7 Protection actuelle Oui Non

Si « Oui », veuillez fournir une copie intégrale d'un **relevé de facturation** émis au plus 2 mois avant la date d'effet demandée ainsi que votre **relevé EP3 interentreprises** le plus récent.

Assureur

Cette assurance en remplace-t-elle une similaire? Oui Non

Date d'annulation proposée

Pour éviter une interruption de la protection, veuillez conserver toute assurance en vigueur jusqu'à ce que L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie) vous transmette un avis d'acceptation de la protection demandée (la date d'effet est normalement le premier jour du mois suivant l'approbation).

En présentant une proposition auprès de l'Empire Vie, le proposant doit obtenir le consentement individuel de chaque participant au régime pour la collecte, l'utilisation et la communication des renseignements personnels le concernant, y compris les renseignements personnels au sujet de toute personne à sa charge. Ce consentement est nécessaire à l'adhésion au régime et à l'administration continue de celui-ci.

2. Renseignements sur les employés

2.1 Divisions et description des catégories

N° de division	Catégorie	Description de la catégorie
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si des divisions/catégories supplémentaires sont requises, veuillez remplir une liste distincte intitulée « Annexe de la structure des divisions et des catégories », la signer et la joindre à la présente proposition.

2.2 Définition de salaire (veuillez cocher tout ce qui s'applique)

- Salaire de base Commissions* Bonis**
 Dividendes inclus dans la définition des gains des propriétaires et/ou des dirigeants (moyenne de 3 ans). Catégorie distincte requise.
* Les dividendes payés par une société de portefeuille ne sont pas admissibles en vertu de la définition de salaire.

Si des commissions et/ou des bonis sont inclus, le salaire sera basé sur :

- T4 de l'année civile antérieure ou Moyenne des T4 pour les 2 années précédentes

** Si des bonis sont inclus, veuillez préciser la fréquence des bonis : Annuelle Mensuelle Autre :

Veuillez expliquer comment les bonis sont déterminés ou calculés :

2.3 Nombre total d'employés

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 **20 heures par semaine**, 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 Non - Veuillez expliquer pourquoi :

Une protection supplémentaire est offerte aux :

- Retraités Jeunes retraités (____ ans jusqu'à 65 ans) Employés à temps partiel (____ heures par semaine)

2.4 Exigences de participation (Nous exigeons une contribution de l'employeur d'au moins 25 %)

La participation au régime est Obligatoire* Facultative**

* Si la participation est obligatoire, tous les employés admissibles activement au travail doivent être assurés pour toutes les garanties auxquelles ils sont admissibles. Si l'employeur assume la totalité des frais du régime, la participation au régime est obligatoire.

** Si la participation est facultative, un employé admissible peut refuser toutes les garanties en vertu du régime, sous réserve des normes minimales de participation énoncées dans le contrat. Un employé qui refuse d'être assuré en vertu de la police doit refuser toutes les garanties. Il n'est pas permis de refuser seulement une partie des garanties.

Si la police comprend une assurance maladie complémentaire et/ou une assurance dentaire, un employé admissible peut renoncer à ces garanties s'il est assuré par des garanties similaires en vertu du régime de son conjoint. De telles renonciations ne touchent pas le niveau de participation.

2. Renseignements sur les employés (suite)

2.5 Contribution à la prime par le titulaire de police

Division : _____

Catégorie : _____

Veillez indiquer le pourcentage des coûts que le **titulaire de police** payera pour chaque garantie.

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 indemnités hebdomadaires ou une assurance invalidité de longue durée de 67 % des gains ou plus, le régime doit être imposable. La désignation d'avantage imposable ou non imposable des indemnités d'invalidité peut varier selon la catégorie d'employés.

2.6 Période d'attente

Division : _____

Catégorie : _____

3 ou 6 mois ou **autre durée** (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 années? Oui Non

Si « Oui », veuillez indiquer la catégorie et le nombre d'employés admissibles qui ont été touchés :

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 sur la santé et la sécurité au travail (CSST/CSPAAT/CAT/WorksafeBC)?

Oui Non Si « Non », certains employés sont-ils exemptés par l'industrie? Oui Non

Si « Non », veuillez indiquer les employés qui ne sont pas assurés : _____

2.9 Les garanties sont-elles négociées par un syndicat? Oui Non

Si « Oui », veuillez joindre une copie de la convention collective à la proposition et répondre aux questions ci-dessous.

(i) Un **syndicat** négocie-t-il pour toutes les catégories? Oui Non**

** Si « Non », quelles sont les catégories visées par des négociations **syndicales**? _____

(ii) Date de la dernière négociation **syndicale** : _____

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 supplémentaires pour déterminer l'admissibilité en vertu des dispositions de la police.

Nom (nom de famille, prénom)	Travaille principalement pour le titulaire de police?	Comment est-il rémunéré?	
		T4/relevé 1	Honoraires de service
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

2. Renseignements sur les employés (suite)

2.11 Employés n'étant pas activement au travail Oui Non

Veillez indiquer ci-dessous TOUTE personne qui est actuellement absente du travail pour l'une des raisons suivantes (à l'exception des vacances).

Code de la raison :

- | | |
|--|--|
| (i) Congé de maternité/paternité | (v) Invalidité de courte (IH) ou de longue durée (ILD) assurée par un autre assureur |
| (ii) Mise à pied | (vi) Prestation de maladie de l'assurance-emploi (AE) |
| (iii) Absence autorisée | (vii) Heures réduites/aménagement des tâches/programme de retour progressif au travail |
| (iv) Prestations de santé et sécurité au travail
(par ex., CSST/CSPAAT/CAT) | (viii) Autre (veuillez expliquer) |

Nom (nom de famille, prénom)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Code de raison de l'absence	Date du congé ou de l'invalidité	Date prévue de retour au travail	Type de règlement (veuillez préciser le type de règlement pour les codes (iv) à (viii) inclusivement)	Soumis	Approuvé
					<input type="radio"/> Prestations de santé et sécurité au travail <input type="radio"/> IH <input type="radio"/> AE <input type="radio"/> ILD <input type="radio"/> Exonération des primes d'assurance vie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
					<input type="radio"/> Prestations de santé et sécurité au travail <input type="radio"/> IH <input type="radio"/> AE <input type="radio"/> ILD <input type="radio"/> Exonération des primes d'assurance vie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
					<input type="radio"/> Prestations de santé et sécurité au travail <input type="radio"/> IH <input type="radio"/> AE <input type="radio"/> ILD <input type="radio"/> Exonération des primes d'assurance vie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
					<input type="radio"/> Prestations de santé et sécurité au travail <input type="radio"/> IH <input type="radio"/> AE <input type="radio"/> ILD <input type="radio"/> Exonération des primes d'assurance vie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
					<input type="radio"/> Prestations de santé et sécurité au travail <input type="radio"/> IH <input type="radio"/> AE <input type="radio"/> ILD <input type="radio"/> Exonération des primes d'assurance vie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

3. Taux de primes par tranche d'assurance

Nous déterminerons les taux réels des primes à l'établissement du régime selon les renseignements consignés sur les employés à la date d'effet de la police. Important : veuillez inscrire « toutes » dans la rangée « Catégorie » si les taux sont les mêmes pour toutes les catégories.

	Division :	
Taux pleinement assurés	Catégorie :	
a) Assurance vie de l'employé (par 1 000 \$ d'assurance)		
b) Assurance DMA de l'employé (par 1 000 \$ d'assurance)		
c) Assurance vie des personnes à charge		
d) Assurance en cas de maladies graves - employé (par tranche de 1 000 \$ d'assurance)		
e) Assurance en cas de maladies graves - conjoint (par tranche de 1 000 \$ d'assurance)		
f) Assurance en cas de maladies graves - personnes à charge (par tranche de 1 000 \$ d'assurance)		
g) Assurance à indemnités hebdomadaires (par tranche de 10 \$ d'assurance)		
h) Assurance invalidité de longue durée (par tranche de 100 \$ d'assurance)		
i) Assurance maladie complémentaire (AMC)		
Individuelle		
Familiale		
Monoparentale		
Couple		
j) Assurance dentaire		
Individuelle		
Familiale		
Monoparentale		
Couple		

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)

m)	Tranche d'âge	Homme fumeur	Femme fumeuse	Homme non-fumeur	Femme non-fumeuse
	Moins de 30 ans	0,12	0,06	0,07	0,04
	30 à 34 ans	0,12	0,08	0,07	0,05
	35 à 39 ans	0,17	0,11	0,09	0,07
	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	1,19	0,64	0,64	0,38
	60 à 64 ans	1,79	0,96	0,97	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 <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	ASSURANCE DMA DE L'EMPLOYÉ <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
a) Division/Catégorie	_____ / _____	_____ / _____
b) Barème d'assurance vie*	_____	_____
c) Montant maximal d'assurance vie	_____ \$	_____ \$
d) Barème d'assurance DMA*	_____	_____
e) Montant maximal d'assurance DMA	_____ \$	_____ \$
f) Barème de réduction à l'âge de 65 ans	_____	_____
g) 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	_____	_____

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'EMPLOYÉ Oui Non ASSURANCE DMA FACULTATIVE DE L'EMPLOYÉ 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	_____ \$	_____ \$	_____ \$
f) Barème de réduction	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> 50 % à 65 ans	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> 50 % à 65 ans	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> 50 % à 65 ans
g) Âge de cessation	<input type="radio"/> 65 <input type="radio"/> 70	<input type="radio"/> 65 <input type="radio"/> 70	<input type="radio"/> 65 <input type="radio"/> 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 CONJOINT Oui Non (seulement offerte si l'assurance vie facultative de l'employé est sélectionnée) ASSURANCE DMA FACULTATIVE DU CONJOINT Oui Non (seulement offerte si l'assurance vie facultative du conjoint est sélectionnée)

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	<input type="radio"/> Aucun <input type="radio"/> 50 % à 65 ans	<input type="radio"/> Aucun <input type="radio"/> 50 % à 65 ans	<input type="radio"/> Aucun <input type="radio"/> 50 % à 65 ans
g) Âge de cessation	<input type="radio"/> 65 ans <input type="radio"/> 70 ans	<input type="radio"/> 65 ans <input type="radio"/> 70 ans	<input type="radio"/> 65 ans <input type="radio"/> 70 ans

Une 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 cas de maladies graves ou plus. La structure du régime peut varier selon la catégorie.) Taux : Voir annexe

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 de l'employé <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Offerte aux groupes de trois participants d'assurance en cas de maladies graves ou plus. La structure du régime peut varier selon la catégorie.			MG de conjoint <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Seulement offerte si l'assurance en cas de maladies graves de l'employé est sélectionnée – le même type de protection doit être sélectionné dans chaque catégorie. La protection du conjoint ne peut être supérieure à celle de l'employé.			MG des personnes à charge <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Seulement offerte si l'assurance en cas de maladies graves de l'employé est sélectionnée. Traditionnelle complète (15 conditions) Garanties de prestation partielle/prestations multiples/prestation pour récurrence du cancer non offertes aux enfants à charge.		
a) Division/Catégorie	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___
b) Type de protection	<input type="radio"/> AVMG <input type="radio"/> MGT <input type="radio"/> MGA	<input type="radio"/> AVMG <input type="radio"/> MGT <input type="radio"/> MGA	<input type="radio"/> AVMG <input type="radio"/> MGT <input type="radio"/> MGA	<input type="radio"/> MGT <input type="radio"/> MGA	<input type="radio"/> MGT <input type="radio"/> MGA	<input type="radio"/> MGT <input type="radio"/> MGA	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
c) Montants de protection	10 000 \$ - 250 000 \$ _____\$ _____\$ _____\$			10 000 \$ - 250 000 \$ _____\$ _____\$ _____\$			<input type="radio"/> 5 000 \$ par enfant		
d) Âge de cessation	AVMG - 65 ans MGT/MGA - 70 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 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.		
e) Barème de réduction	AVMG - Aucune MGT/MGA - 50 % à l'âge de 65 ans			50 % à l'âge de 65 ans			s. o.		
f) Maximum sans preuve	AVMG - s. o. TCI/ECI - _____\$			Aucune sélection des risques médicaux n'est requise			Aucune sélection des risques médicaux n'est requise		
g) Exonération des primes	AVMG - Non incluse MGT/MGA - Incluse			Incluse			Incluse		
h) Période d'exclusion pour conditions préexistantes (le choix pour l'employé s'applique également aux protections du conjoint et des personnes à charge)	AVMG – s. o. MGT/MGA – <input type="radio"/> 24/24 <input type="radio"/> 12/12 (50 assurés ou plus) <input type="radio"/> 0/0 (200 assurés ou plus)								

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 de l'employé <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Seulement offerte si l'assurance en cas de maladies graves de l'employé est sélectionnée.			Assurance facultative en cas de MG du conjoint <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Seulement offerte si l'assurance en cas de maladies graves facultative de l'employé est sélectionnée. Il faut sélectionner le même type de protection pour toutes les catégories.			Assurance facultative en cas de MG des personnes à charge <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Seulement offerte si l'assurance en cas de maladies graves facultative de l'employé est sélectionnée. Traditionnelle complète (15 conditions) Garanties de prestation partielle/prestations multiples/prestation pour récurrence du cancer non offertes aux enfants à charge.		
a) Division/Catégorie	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___
b) Type de protection	<input type="radio"/> MGT <input type="radio"/> MGA	<input type="radio"/> MGT <input type="radio"/> MGA	<input type="radio"/> MGT <input type="radio"/> MGA	<input type="radio"/> MGT <input type="radio"/> MGA	<input type="radio"/> MGT <input type="radio"/> MGA	<input type="radio"/> MGT <input type="radio"/> MGA	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
c) Montants de protection	10 000 \$ - 250 000 \$ _____\$ _____\$ _____\$			10 000 \$ - 250 000 \$ _____\$ _____\$ _____\$			5 000 \$ - 25 000 \$ _____\$ _____\$ _____\$		
d) Âge de cessation	65 ans			À l'âge de 65 ans			À l'âge de 65 ans de l'employé		
e) Maximum sans preuve	Sélection des risques médicaux complète requise			Sélection des risques médicaux complète requise			Aucune sélection des risques médicaux n'est requise. La période d'exclusion pour conditions préexistantes s'applique.		
f) Exonération des primes	Incluse								

4. Tableau des garanties (suite)

4.7 INDEMNITÉS HEBDOMADAIRES (INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE) Oui Non

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 ^{er} jour d'hospitalisation/ chirurgie d'un jour	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
f) Âge de cessation (jusqu'à 70 ans)	_____	_____	_____

g) Maximum sans preuve _____ \$

Ces indemnités doivent-elles être enregistrées en vertu du Programme de réduction du taux de cotisation de l'assurance-emploi ou de tout autre programme gouvernemental? Oui Non

* Si le pourcentage des gains hebdomadaires indiqué en b) ci-dessus est de 67 % ou plus et/ou que l'employeur paie une partie de la prime d'assurance à indemnités hebdomadaires, l'assurance sera établie comme un avantage imposable (peut varier selon la catégorie).

4.8 INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE Oui Non

a) Division/Catégorie	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
b) Pourcentage des gains mensuels* ou	_____ %	_____ %	_____ %
c) Échelle graduée (si différent selon la catégorie, indiquez les détails à la section 4.12)	<input type="radio"/> 66,67 % pour la première tranche de 2 250 \$, 50 % pour la tranche de 3 500 \$ suivante, 44 % du solde (par défaut), ou <input type="radio"/> % pour la première tranche de _____ \$, _____ % pour la tranche de _____ \$ suivante, et _____ % de l'excédent		
d) Indemnité mensuelle maximale	_____ \$	_____ \$	_____ \$
e) Délai d'attente (jours)	_____ Blessure _____ Maladie	_____ Blessure _____ Maladie	_____ Blessure _____ Maladie
f) Période d'indemnisation maximale	<input type="radio"/> 2 ans <input type="radio"/> 5 ans <input type="radio"/> 65 ans, moins le délai d'attente	<input type="radio"/> 2 ans <input type="radio"/> 5 ans <input type="radio"/> 65 ans, moins le délai d'attente	<input type="radio"/> 2 ans <input type="radio"/> 5 ans <input type="radio"/> 65 ans, moins le délai d'attente
g) Période relative à la profession habituelle (années)	_____	_____	_____
h) Assurance des survivants	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> 3 mois <input type="radio"/> 6 mois	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> 3 mois <input type="radio"/> 6 mois	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> 3 mois <input type="radio"/> 6 mois
i) Clause d'indexation au coût de la vie	<input type="radio"/> Non, OU _____ %	<input type="radio"/> Non, OU _____ %	<input type="radio"/> Non, OU _____ %
Âge de cessation	65		
Maximum sans preuve	_____ \$		

* Si le pourcentage des gains mensuels indiqué en b) ci-dessus est de 67 % ou plus et/ou que l'employeur paie une partie de la prime d'assurance invalidité de longue durée, l'assurance sera établie comme un avantage imposable (peut varier selon la catégorie).

L'intégration RPC/RRQ sera primaire. Le montant maximal des indemnités provenant de toutes les sources est de 85 % du salaire net avant l'invalidité si les avantages ne sont pas imposables ou de 85 % des gains mensuels avant l'invalidité si les avantages sont imposables.

4.9 ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE Oui Non

Cette garantie est administrée conformément aux exigences de la loi provinciale applicable en matière de médicaments d'ordonnance et respectera toute norme minimale applicable.

Division/Catégorie	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
Période d'indemnisation	<input type="radio"/> Année d'indemnisation (date d'effet de la police, ou 1 ^{er} jour du mois suivant la première période de 12 mois) <input type="radio"/> Année civile (janvier à décembre)		
Âge de cessation* (60 à 85 ans)	_____	_____	_____

* 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.

Assurance des survivants	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> 1 an <input type="radio"/> 2 ans
Mutualisation des soins de santé	Le seuil est établi par assuré, par année d'indemnisation, et doit être le même pour toutes les catégories.
Seuil	<input type="radio"/> 10 000 \$* <input type="radio"/> 15 000 \$* <input type="radio"/> 20 000 \$* <input type="radio"/> 25 000 \$* <input type="radio"/> 7 500 \$ (Médicaments seulement) L'Empire Vie participe à une entente de mutualisation en assurance médicaments offerte par la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments (SCMAM). La SCMAM exige que tous les régimes d'assurance médicaments pleinement assurés comprennent une protection au moyen d'un pool appelé « EP3 ». Certaines demandes de règlement pourraient ne pas être admissibles au pool « EP3 ». Dans ce cas, l'Empire Vie prévoit une mesure de rechange appelée « pool des montants importants ».

* Pour toutes les garanties d'AMC, à l'exception du programme d'assistance d'urgence en cours de voyage.

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 médicaments			
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			
<input type="radio"/> Remboursement fixe (50 % à 100 %) OU	_____ %	_____ %	_____ %
<input type="radio"/> Remboursement à paliers OU	_____ % pour la première tranche de _____ \$, _____ % par la suite	_____ % pour la première tranche de _____ \$, _____ % par la suite	_____ % pour la première tranche de _____ \$, _____ % par la suite
<input type="radio"/> Remboursement mixte : (50 % à 100 %) Génériques/d'origine OU médicaments de la liste provinciale de médicaments/exclus de la liste	_____ % / _____ % <input type="radio"/> Génériques/d'origine <input type="radio"/> Médicaments de la liste provinciale de médicaments/exclus de la liste	_____ % / _____ % <input type="radio"/> Génériques/d'origine <input type="radio"/> Médicaments de la liste provinciale de médicaments/exclus de la liste	_____ % / _____ % <input type="radio"/> Génériques/d'origine <input type="radio"/> Médicaments de la liste provinciale de médicaments/exclus de la liste
Franchise			
Aucune OU	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Annuelle (individuelle/familiale)	_____ \$ (I) / _____ \$ (F)	_____ \$ (I) / _____ \$ (F)	_____ \$ (I) / _____ \$ (F)
Par ordonnance (1 \$ à 20 \$)	<input type="radio"/> Frais de préparation OU _____ \$	<input type="radio"/> Frais de préparation OU _____ \$	<input type="radio"/> 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.	<input type="radio"/> Frais raisonnables et habituels de l'Empire Vie OU <input type="radio"/> _____ \$	<input type="radio"/> Frais raisonnables et habituels de l'Empire Vie OU <input type="radio"/> _____ \$	<input type="radio"/> Frais raisonnables et habituels de l'Empire Vie OU <input type="radio"/> _____ \$
Maximum			
Tous les types de régime (500 \$ à 10 000 \$) à l'exception des médicaments ci-dessous :	<input type="radio"/> Illimité OU <input type="radio"/> _____ \$ <input type="radio"/> par assuré <input type="radio"/> par certificat	<input type="radio"/> Illimité OU <input type="radio"/> _____ \$ <input type="radio"/> par assuré <input type="radio"/> par certificat	<input type="radio"/> Illimité OU <input type="radio"/> _____ \$ <input type="radio"/> par assuré <input type="radio"/> par certificat
Maximum viager pour les médicaments de désaccoutumance au tabac (100 \$ à 700 \$)	<input type="radio"/> Oui _____ \$ <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui _____ \$ <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui _____ \$ <input type="radio"/> Non
Maximum annuel pour les médicaments traitant le dysfonctionnement sexuel (500 \$ à 1 500 \$)	<input type="radio"/> Oui _____ \$ <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui _____ \$ <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui _____ \$ <input type="radio"/> Non
Maximum viager pour les médicaments favorisant la fertilité	<input type="radio"/> Oui _____ \$ <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui _____ \$ <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui _____ \$ <input type="radio"/> Non

4. Tableau des garanties (suite)

4.9 a) RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS (suite)

OPTION 2: PROGRAMME DE MÉDICAMENTS D'ENTRETIEN (à l'exception du Québec)

Division/Catégorie	_____ / _____		_____ / _____		_____ / _____	
Liste de médicaments	<input type="radio"/> Substitution obligatoire par des génériques <input type="radio"/> Formule 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						
<input type="radio"/> fixe OU	<input type="radio"/> 80 %/60 % <input type="radio"/> 90 %/70 % <input type="radio"/> 100 %/80 %	<input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %	<input type="radio"/> 80 %/60 % <input type="radio"/> 90 %/70 % <input type="radio"/> 100 %/80 %	<input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %	<input type="radio"/> 80 %/60 % <input type="radio"/> 90 %/70 % <input type="radio"/> 100 %/80 %	<input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %
<input type="radio"/> paliers	Pharmacie ESC <input type="radio"/> _____ % des premiers _____ \$, 100 % par la suite Pharmacie de détail <input type="radio"/> _____ % des premiers _____ \$, 80 % par la suite	_____ % des premiers _____ \$, 100 % par la suite	Pharmacie ESC <input type="radio"/> _____ % des premiers _____ \$, 100 % par la suite Pharmacie de détail <input type="radio"/> _____ % des premiers _____ \$, 80 % par la suite	_____ % des premiers _____ \$, 100 % par la suite	Pharmacie ESC <input type="radio"/> _____ % des premiers _____ \$, 100 % par la suite Pharmacie de détail <input type="radio"/> _____ % des premiers _____ \$, 80 % par la suite	_____ % des premiers _____ \$, 100 % par la suite
Franchise	Pharmacie ESC - Pharmacie ESC Pharmacie de détail - Le régime rembourse les frais de préparation raisonnables et habituels provinciaux et l'employé paiera le solde	Le régime rembourse les frais de préparation raisonnables et habituels provinciaux et l'employé paiera le solde.	Pharmacie ESC - Pharmacie ESC Pharmacie de détail - Le régime rembourse les frais de préparation raisonnables et habituels provinciaux et l'employé paiera le solde	Le régime rembourse les frais de préparation raisonnables et habituels provinciaux et l'employé paiera le solde.	Pharmacie ESC - Pharmacie ESC Pharmacie de détail - Le régime rembourse les frais de préparation raisonnables et habituels provinciaux et l'employé paiera le solde	Le régime rembourse les frais de préparation raisonnables et habituels provinciaux et l'employé paiera le solde.
* Les médicaments non offerts par la Pharmacie ESC peuvent être achetés dans une pharmacie de détail. Ces médicaments sont alors admissibles à un remboursement en vertu du régime.						
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 \$)	<input type="radio"/> Illimité OU <input type="radio"/> _____ \$ <input type="radio"/> par assuré <input type="radio"/> par certificat Inclus <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Illimité OU <input type="radio"/> _____ \$ <input type="radio"/> par assuré <input type="radio"/> par certificat Inclus <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Illimité OU <input type="radio"/> _____ \$ <input type="radio"/> par assuré <input type="radio"/> par certificat Inclus <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Illimité OU <input type="radio"/> _____ \$ <input type="radio"/> par assuré <input type="radio"/> par certificat Inclus <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Illimité OU <input type="radio"/> _____ \$ <input type="radio"/> par assuré <input type="radio"/> par certificat Inclus <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Illimité OU <input type="radio"/> _____ \$ <input type="radio"/> par assuré <input type="radio"/> par certificat Inclus <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

4.9 b) SOINS MÉDICAUX MAJEURS

Sélectionnez :

OPTION 1 : SOINS MÉDICAUX ESSENTIEL (toutes les catégories sont couvertes, s'il y a lieu)

Inclut les médicaments d'ordonnance, les fournitures médicales, les soins infirmiers privés, l'assurance des survivants et le programme d'assistance d'urgence en cours de voyage.

Possibilité d'inclure hospitalisation en chambre semi-privée, services paramédicaux, soins de la vue et examens de la vue. **OU**

OPTION 2 : RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE STANDARD

OPTION 1 : SOINS MÉDICAUX ESSENTIEL Oui Non

PROTECTIONS OBLIGATOIRES

Soins infirmiers privés	Inclus avec une coassurance de 100 % et un maximum de 10 000 \$
Fournitures médicales	Incluses avec une coassurance de 100 % – tous les maximums standards s'appliquent
Régime d'assurance médicaments	Les options d'assurance médicaments sélectionnées s'appliqueront. Exclut les médicaments pour le dysfonctionnement sexuel et les médicaments favorisant la fertilité.
Programme d'assistance d'urgence en cours de voyage	Coassurance de 100 %, maximum viager de 5 000 000 \$, par assuré
Durée du voyage, nombre de jours de protection continue	<input type="radio"/> 60 jours <input type="radio"/> 90 jours <input type="radio"/> 120 jours

PROTECTIONS FACULTATIVES (inclut les protections obligatoires)

Maximum combiné, par certificat (100 % coassurance)	<input type="radio"/> 500 \$ <input type="radio"/> 1 000 \$ <input type="radio"/> Exclusion
Protections incluses	Hospitalisation en chambre semi-privée, services paramédicaux, soins de la vue et examens de la vue

4. Tableau des garanties (suite)

4.9 b) SOINS MÉDICAUX MAJEURS (suite)

OPTION 2 : SOINS MÉDICAUX STANDARD Oui Non

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 médicaments)	0 \$/0 \$ à 250 \$/500 \$, ou autre	_____	_____	_____
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				
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 s'applique-t-elle?	Oui/Non	_____	_____	_____
Coassurance	Coassurance des soins médicaux majeurs ou 50 % à 100 %	_____	_____	_____
Maximum quotidien	20 \$-40 \$, autre	_____	_____	_____
Nombre de jours maximal	90, 120, 180	_____	_____	_____
Établissement de traitement spécialisé	Oui/Non	_____	_____	_____
La franchise pour soins médicaux majeurs s'applique-t-elle?	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, OU 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 incluse	_____	_____	_____
Maximum viager par assuré	5 000 000 \$	_____	_____	_____
Maximum viager par assuré pour recommandation à l'extérieur de la province	15 000 \$ (combiné)	_____	_____	_____
Durée du voyage	60, 90, 120 jours	_____	_____	_____

4. Tableau des garanties (suite)

4.9 c) SERVICES PARAMÉDICAUX Oui Non

Sélectionnez :

OPTION 1 : TRADITIONNELLE - Options de protection groupées par type de praticiens. Sélectionnez les praticiens à inclure, **OU**

OPTION 2 : GROUPEE - Protection pour l'ensemble des praticiens regroupés selon différents maximums. Sélectionnez un maximum pour chaque groupe.

Possibilité d'ajouter une garantie Dépenses de santé connexes (DSC) ou un compte de dépenses de santé (CDS) aux options ci-dessus.

OPTION 1 : TRADITIONNELLE

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	<input type="radio"/> De base <input type="radio"/> Standard (inclut l'option de base) <input type="radio"/> Plus (inclut les options de base et standard)	<input type="radio"/> De base <input type="radio"/> Standard (inclut l'option de base) <input type="radio"/> Plus (inclut les options de base et standard)	<input type="radio"/> De base <input type="radio"/> Standard (inclut l'option de base) <input type="radio"/> Plus (inclut les options de base et standard)
Coassurance	<input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 75 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %	<input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 75 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %	<input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 75 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %
Maximum annuel	<input type="radio"/> _____ \$ (300 \$ à 750 \$) <input type="radio"/> Par assuré, par praticien OU <input type="radio"/> Par certificat, par praticien	<input type="radio"/> _____ \$ (300 \$ à 750 \$) <input type="radio"/> Par assuré, par praticien OU <input type="radio"/> Par certificat, par praticien	<input type="radio"/> _____ \$ (300 \$ à 750 \$) <input type="radio"/> Par assuré, par praticien OU <input type="radio"/> Par certificat, par praticien
	<input type="radio"/> _____ \$ (300 \$ à 750 \$) <input type="radio"/> 1 000 \$ (plus seulement) <input type="radio"/> Par certificat, tous les praticiens combinés , OU <input type="radio"/> Par assuré, tous les praticiens combinés	<input type="radio"/> _____ \$ (300 \$ à 750 \$) <input type="radio"/> 1 000 \$ (plus seulement) <input type="radio"/> Par certificat, tous les praticiens combinés , OU <input type="radio"/> Par assuré, tous les praticiens combinés	<input type="radio"/> _____ \$ (300 \$ à 750 \$) <input type="radio"/> 1 000 \$ (plus seulement) <input type="radio"/> Par certificat, tous les praticiens combinés , OU <input type="radio"/> Par assuré, tous les praticiens combinés
Maximum par visite	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Montant en dollars	_____ \$ (25 \$ à 75 \$)	_____ \$ (25 \$ à 75 \$)	_____ \$ (25 \$ à 75 \$)

OPTION 2 : GROUPEE

Praticiens inclus (vous ne pouvez pas sélectionner parmi différents groupes) :

Groupe 1 – Physiothérapeute, Psychologue, Travailleur social, Diététiste agréé, Ergothérapeute, Audiologiste, Orthophoniste

Groupe 2 – Chiropraticien, Massothérapeute, Podiatre, Podologue

Groupe 3 – Acupuncteur, Naturopathe, Ostéopathe

Division/Catégorie	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
Coassurance	<input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 75 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %	<input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 75 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %	<input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 75 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %
Base du maximum	<input type="radio"/> Par certificat <input type="radio"/> Par assuré	<input type="radio"/> Par certificat <input type="radio"/> Par assuré	<input type="radio"/> Par certificat <input type="radio"/> Par 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 par certificat	a) <input type="radio"/> 500 \$ <input type="radio"/> 300 \$ <input type="radio"/> 200 \$ b) <input type="radio"/> 750 \$ <input type="radio"/> 500 \$ <input type="radio"/> 300 \$ c)* <input type="radio"/> 1 000 \$ <input type="radio"/> 750 \$ <input type="radio"/> 500 \$	a) <input type="radio"/> 500 \$ <input type="radio"/> 300 \$ <input type="radio"/> 200 \$ b) <input type="radio"/> 750 \$ <input type="radio"/> 500 \$ <input type="radio"/> 300 \$ c)* <input type="radio"/> 1 000 \$ <input type="radio"/> 750 \$ <input type="radio"/> 500 \$	a) <input type="radio"/> 500 \$ <input type="radio"/> 300 \$ <input type="radio"/> 200 \$ b) <input type="radio"/> 750 \$ <input type="radio"/> 500 \$ <input type="radio"/> 300 \$ c)* <input type="radio"/> 1 000 \$ <input type="radio"/> 750 \$ <input type="radio"/> 500 \$
Maximum par visite	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Montant	_____ \$ (25 \$ à 75 \$)	_____ \$ (25 \$ à 75 \$)	_____ \$ (25 \$ à 75 \$)

Notes : Veuillez indiquer ici tout écart et/ou toute considération 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 Non

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	<input type="radio"/> Année civile <input type="radio"/> Année d'indemnisation		
Période d'attente	<input type="radio"/> 90 jours <input type="radio"/> 180 jours		
Type de compte	<input type="radio"/> avec solde reportable <input type="radio"/> sans solde reportable		
Nouveaux employés au prorata	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Coordination avec AMC et assurance dentaire	<input type="radio"/> Oui (recommandée) <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui (recommandée) <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui (recommandée) <input type="radio"/> Non
Montant	<input type="radio"/> Annuel (100 \$ à 10 000 \$) Individuel _____ \$ Familial _____ \$ Pour l'option « avec solde reportable » uniquement <input type="radio"/> Semestriel (50 \$ à 2 500 \$) Individuel _____ \$ Familial _____ \$ OU <input type="radio"/> Trimestriel (50 \$ à 2 500 \$) Individuel _____ \$ Familial _____ \$	<input type="radio"/> Annuel (100 \$ à 10 000 \$) Individuel _____ \$ Familial _____ \$ Pour l'option « avec solde reportable » uniquement <input type="radio"/> Semestriel (50 \$ à 2 500 \$) Individuel _____ \$ Familial _____ \$ OU <input type="radio"/> Trimestriel (50 \$ à 2 500 \$) Individuel _____ \$ Familial _____ \$	<input type="radio"/> Annuel (100 \$ à 10 000 \$) Individuel _____ \$ Familial _____ \$ Pour l'option « avec solde reportable » uniquement <input type="radio"/> Semestriel (50 \$ à 2 500 \$) Individuel _____ \$ Familial _____ \$ OU <input type="radio"/> Trimestriel (50 \$ à 2 500 \$) Individuel _____ \$ 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 : DENTAFLEX Oui Non - Si « Oui » : Garantie assurée Services administratifs seulement
(la garantie doit être identique pour toutes les classes)

Division/Catégorie	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
Maximum annuel combiné	<input type="radio"/> Par assuré <input type="radio"/> Par certificat		
	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Coassurance	<input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 100 %	<input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 100 %	<input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 100 %
Soins de rappel (mois)	<input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 12	<input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 12	<input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 12
Unités de détartrage (1 unité = 15 minutes)	_____ (6 à 16)	_____ (6 à 16)	_____ (6 à 16)
Guide des tarifs – Généralistes	<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> De luxe (+ 25 %)	<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> De luxe (+ 25 %)	<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> De luxe (+ 25 %)
	<input type="radio"/> Courant ou <input type="radio"/> Fixe _____ (indiquez une année)	<input type="radio"/> Courant ou <input type="radio"/> Fixe _____ (indiquez une année)	<input type="radio"/> Courant ou <input type="radio"/> Fixe _____ (indiquez une année)
	<input type="radio"/> Province de résidence de l'employé <input type="radio"/> Site principal de l'entreprise du titulaire de la police		
Période d'indemnisation	Correspond à celle de l'AMC		
Assurance des survivants	Incluse pendant 2 ans		
Franchise	0 \$		

OPTION 2 : ASSURANCE DENTAIRE STANDARD Oui Non – Si « Oui » : Garantie assurée Services administratifs seulement

	Soins de base (B) et Parodontie et endodontie (P)			Restaurations majeures <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Combiner avec les soins de base? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			Soins orthodontiques <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Adultes inclus? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Division/Catégorie	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
Franchise (individuelle/familiale)	0 \$/0 \$, 25 \$/50 \$, 50 \$/100 \$, autre			Correspond à celle des soins de base			0 \$/0 \$		
	_____ \$ (I) _____ \$ (I) _____ \$ (I)	_____ \$ (I) _____ \$ (I) _____ \$ (I)	_____ \$ (I) _____ \$ (I) _____ \$ (I)						
	_____ \$ (F) _____ \$ (F) _____ \$ (F)	_____ \$ (F) _____ \$ (F) _____ \$ (F)	_____ \$ (F) _____ \$ (F) _____ \$ (F)						
Coassurance	60 % à 100 %			50 % à 80 %			50 % à 60 %		
	_____ % (B) _____ % (B) _____ % (B)	_____ % (B) _____ % (B) _____ % (B)	_____ % (B) _____ % (B) _____ % (B)	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Maximum	<input type="radio"/> Par assuré <input type="radio"/> Par certificat			<input type="radio"/> Par assuré <input type="radio"/> Par certificat			<input type="radio"/> Par assuré		
	500 \$-5 000 \$			500 \$-5 000 \$			1 000 \$-7 000 \$		
	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Unités de détartrage (1 unité = 15 minutes)	_____	_____	_____	s. o.			s. o.		
Soins de rappel (6, 9 ou 12 mois)	_____	_____	_____	s. o.			s. o.		
Période d'indemnisation	Correspond à celle de l'AMC						La vie durant		
Âge de cessation	Correspond à celui de l'AMC						Enfants 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.		

4. Tableau des garanties (suite)

4.11 ASSURANCE DENTAIRE (suite)

OPTION 2 : ASSURANCE DENTAIRE - STANDARD (suite)

Assurance des survivants	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> 1 an <input type="radio"/> 2 ans	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> 1 an <input type="radio"/> 2 ans	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> 1 an <input type="radio"/> 2 ans	s. o.	s. o.
Guide des tarifs (De luxe = + 25 %)	<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> De luxe	<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> De luxe	<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> De luxe	s. o.	s. o.
Année	<input type="radio"/> Courante <input type="radio"/> Fixe – année : _____	<input type="radio"/> Courante <input type="radio"/> Fixe – année : _____	<input type="radio"/> Courante <input type="radio"/> Fixe – année : _____	s. o.	s. o.
Guide des tarifs	<input type="radio"/> Généralistes <input type="radio"/> Spécialistes	<input type="radio"/> Généralistes <input type="radio"/> Spécialistes	<input type="radio"/> Généralistes <input type="radio"/> Spécialistes	s. o.	s. o.
Province	<input type="radio"/> Province de résidence de l'employé (par défaut) <input type="radio"/> Site principal de l'entreprise du titulaire de la police				

4.12 Corrections, modifications et clarifications (réservé au proposant)

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

5.1 Entente de débits préautorisés (DPA)

- J'autorise par la présente l'Empire Vie à prélever la somme due qui figure sur mon relevé de facturation à partir de mon compte d'institution financière.
- Veuillez utiliser le chèque de la prime initiale pour mettre en place les DPA.
- Veuillez utiliser le DPA pour prélever la prime initiale.

Date de retrait mensuel – Indiquez le jour du mois où le retrait sera effectué* (du 1^{er} au 25^e jour du mois) : _____

Si vous n'indiquez pas de date, nous effectuerons le retrait le 10^e jour du mois.

* Nous pourrions effectuer le retrait de votre compte bancaire dans les deux jours ouvrables qui suivent cette date.

Compte d'institution financière à débiter : Compte indiqué sur le chèque annulé ci-joint

Sachez que certains droits d'exercer un recours existent dans le cas où un débit ne serait pas conforme à la présente entente. Vous avez le droit de recevoir un remboursement pour tout débit qui ne serait pas autorisé ou conforme à la présente entente de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits d'exercer un recours, veuillez communiquer avec votre institution financière ou visiter le www.paiements.ca.

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. Oui 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 celle-ci 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 _____ \$ est joint à la présente proposition. Le montant du dépôt de la prime doit correspondre à la valeur approximative de la première prime mensuelle. L'encaissement du chèque ne signifie pas en soi l'acceptation de la proposition.

Fait et signé à _____, le _____^e jour de (d') _____.
(ville et province) (mois) (année)

pour _____
Proposant – dénomination sociale complète de l'entreprise (en lettres moulées)

par **X** _____
Signature d'un représentant autorisé de l'entreprise Nom et titre complets en lettres moulées

par **X** _____
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.

Veillez 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	Province	Code postal	
Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur	
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur	
Adresse de courriel		Adresse de courriel	
Bureau d'assurance collective		Bureau d'assurance collective	
Code de conseiller de l'Empire Vie	Pourcentage 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 X		Signature du conseiller X	

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.

^{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.

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

www.empire.ca info@empire.ca



Demande pour le programme d'aide aux employés (PAE) Assistancedirecte

Dénomination sociale de la société			
Adresse	Ville	Province	Code postal
Date d'effet du PAE		Échantillon initial d'employés dans le programme	
Nom du représentant autorisé		Titre	
Adresse de courriel		Numéro de téléphone	
Numéro du groupe de l'Empire Vie			
<p>Les services de PAE Assistancedirecte (« services de PAE ») sont proposés et administrés par Aspiria Corp. (« Aspiria »). Tous les services de PAE doivent être demandés directement à Aspiria et ne font pas partie du contrat d'assurance collective de l'Empire Vie.</p> <p>Les services de PAE incluent : un centre de réponse clinique ouvert 24/7, du counseling d'évaluation des risques de santé, des services de référence, un service d'encadrement en matière de style de vie et de mieux-être, un traitement de désaccoutumance au tabac, un accès au portail travail-vie personnelle et mieux-être et un centre d'information et de référence. Aspiria vous enverra directement les documents décrivant les services de PAE et l'entente de services de PAE.</p> <p>Taux d'Aspiria : 3,95 \$ par employé/par mois plus la TPS/TVH/TVQ, selon le cas. Aspiria vous enverra une facture pour couvrir la première prime mensuelle selon l'échantillon initial d'employés.</p> <p>Les services de PAE prendront effet à la date d'effet à laquelle Aspiria approuvera cette demande.</p> <p>Vous consentez à divulguer des données générales à l'Empire Vie en ce qui a trait à l'utilisation des services (aucune information d'identification personnelle ne sera divulguée).</p>			
Signature d'un représentant autorisé X		Fait le _____ jour de (d') _____	

Coordonnées

Nom de l'administrateur		Titre	
Adresse de courriel		Numéro de téléphone	
Nom du conseiller			
Cabinet du conseiller			
Adresse	Ville	Province	Code postal
Adresse de courriel		Numéro de téléphone	
Gestionnaire de comptes de l'Empire Vie		Adresse de courriel	Numéro de téléphone
Directeur de comptes de l'Empire Vie		Adresse de courriel	Numéro de téléphone