

EMPIRE VIE FAITS SAILLANTS DES TRANSFORMATIONS D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE



Produits offerts

- **Solution 100 – avec valeurs**
Protection assortie de primes entièrement garanties la vie durant et libérée du paiement des primes à l'âge de 100 ans. À compter de la 10^e année, le contrat prévoit des valeurs libérées réduites et des valeurs de rachat.
- **Temporaire jusqu'à 65 ans**
Protection nivelée non transformable; primes nivelées garanties payables jusqu'à l'âge de 65 ans.
- **Temporaire un an**
Protection non renouvelable prenant fin à la fin de la première année. Protection transformable en une police d'assurance vie entière sans participation (Solution 100) si la transformation est demandée avant l'échéance.

Exigences de qualification

- Un conseiller autorisé de l'Empire Vie doit signer la demande de transformation. Le conseiller actuel en assurance collective pourrait être admissible à la vente de ces produits. Communiquez avec l'administrateur de régimes pour confirmer. Vous pouvez aussi utiliser l'outil « [Trouver un conseiller](#) » afin de trouver un conseiller dans la région de l'assuré.
- L'assuré doit présenter la demande de transformation avant son 65^e anniversaire de naissance.
- L'Empire Vie doit recevoir la demande de transformation au plus tard 31 jours après la date d'effet de l'annulation de l'assurance vie collective.
- Le montant transformable correspond au moindre des montants suivants :
 - le montant de l'assurance vie collective de base, de l'assurance vie facultative de l'employé ou de l'assurance vie des personnes à charge (tel que requis par la législation provinciale, s'il y a lieu) en vigueur lors de la perte de la protection d'assurance collective, ou
 - 200 000 \$ (ou le montant requis par la législation provinciale, s'il y a lieu).
- Aucune preuve médicale n'est requise.
- Les taux de prime pour les transformations sont des taux pour fumeurs. L'assuré qui souhaite demander un taux pour non-fumeurs peut demander tout nouveau produit d'assurance vie au moyen du formulaire D-0082 « Proposition d'assurance vie et maladies graves » plutôt qu'au moyen de la présente demande de transformation.

DEMANDE DE TRANSFORMATION D'UNE PROTECTION D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE

Veillez soumettre cette demande dûment remplie à l'Empire Vie, accompagnée du paiement de la prime initiale, dans les 31 jours suivant la date d'effet de l'annulation de l'assurance vie collective.

Dans ce document, le masculin est utilisé comme générique pour désigner des personnes dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

| | | | | | | | |
|---|---|---|-------------------|--------------|--|------------------|--|
| 1.1 | Police d'assurance collective | Titulaire de la police d'assurance collective (nom de la société) | | N° du groupe | N° de la division | N° du certificat | |
| 1.2 | Assuré 1 pour la nouvelle police d'assurance vie | Prénom | | | | Initiale | |
| Sauf indication contraire, le titulaire sera l'assuré 1. | | Nom de famille | | | | | |
| | | Adresse (numéro, rue) – si vous utilisez une case postale, veuillez également fournir une adresse physique. | | | | | |
| | | Ville | | | Province | Code postal | |
| | | Sexe à la naissance <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin | Date de naissance | | État civil : <input type="radio"/> marié <input type="radio"/> célibataire <input type="radio"/> conjoint de fait <input type="radio"/> veuf <input type="radio"/> séparé <input type="radio"/> divorcé | | |
| | | Numéro de téléphone principal | | | Autre numéro de téléphone | | |
| | | Si cette demande concerne la transformation de la protection d'assurance vie d'un conjoint/d'une personne à charge en vertu de votre régime d'assurance collective, veuillez remplir ce qui suit : | | | | | |
| 1.3 | Assuré 2 pour la nouvelle police d'assurance vie | Prénom | | | | Initiale | |
| | | Nom de famille | | | | | |
| | | Adresse (numéro, rue) – si vous utilisez une case postale, veuillez également fournir une adresse physique. | | | | | |
| | | Ville | | | Province | Code postal | |
| | | Sexe à la naissance <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin | Date de naissance | | État civil : <input type="radio"/> marié <input type="radio"/> célibataire <input type="radio"/> conjoint de fait <input type="radio"/> veuf <input type="radio"/> séparé <input type="radio"/> divorcé | | |
| | | Numéro de téléphone principal | | | Autre numéro de téléphone | | |
| | | | | | | | |

2. DÉTAILS CONCERNANT LA TRANSFORMATION

Les taux de prime pour les transformations sont des taux pour fumeurs. Si vous souhaitez demander des taux pour non-fumeurs, vous pouvez demander tout nouveau produit d'assurance vie au moyen du formulaire D-0082 « Proposition d'assurance vie et maladies graves » plutôt qu'au moyen de la présente demande de transformation.

| | | | |
|--|--|--|--|
| 2.1 | Détails concernant la transformation | Date à laquelle l'assurance vie collective a pris fin : | |
| * Maximum de 200 000 \$ (ou le montant requis par la législation provinciale, s'il y a lieu) | Assuré 1 | Assuré 2 | |
| | Montant à transformer* | Montant à transformer* | |
| | \$ | \$ | |
| | Nouveau régime (veuillez joindre l'illustration) | Nouveau régime | |
| | <input type="radio"/> Solution 100 avec valeurs <input type="radio"/> Temporaire jusqu'à 65 ans <input type="radio"/> Temporaire un an transformable et non renouvelable | <input type="radio"/> Solution 100 avec valeurs <input type="radio"/> Temporaire jusqu'à 65 ans <input type="radio"/> Temporaire un an transformable et non renouvelable | |

3. INFORMATION SUR LE PAIEMENT DES PRIMES

| | |
|---|--|
| 3.1 Information sur le paiement des primes Tous les chèques doivent être faits à l'ordre de l'Empire Vie. | <input type="radio"/> Montant de la prime initiale soumise avec cette demande : _____ \$ <input type="radio"/> Retrait de la prime initiale par débits préautorisés (DPA) |
| | Qui paiera les primes? <input type="radio"/> Titulaire <input type="radio"/> Assuré <input type="radio"/> Autre (inscrivez le nom de la personne ou de la société/l'entité) : _____ Comment seront payées les primes? <input type="radio"/> Débits préautorisés (DPA) mensuels <input type="radio"/> Facturation annuelle |
| 3.2 Débits préautorisés (DPA) | Les DPA mensuels des primes seront prélevés du : <input type="radio"/> compte indiqué sur le chèque annulé ci-joint ou dans le formulaire d'autorisation de débits préautorisés de mon institution financière <input type="radio"/> même compte que celui de la police de l'Empire Vie numéro : _____ |
| | Date du prélèvement automatique _____ (du 1 ^{er} au 28 ^e jour du mois) (Si aucune date n'est indiquée, nous utiliserons la date d'établissement (date d'effet) de la police.) |

4. RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Si aucun bénéficiaire n'est désigné pour l'assuré ou que tous les bénéficiaires désignés décèdent avant l'assuré, nous verserons toute prestation payable au titulaire (s'il n'est pas l'assuré), sinon à la succession du titulaire. **Les pourcentages pour tous les premiers bénéficiaires de chaque assuré doivent totaliser 100 %.** Si vous nommez plus d'un bénéficiaire et que vous n'indiquez pas la part de chacun en pourcentage ou « parts égales », vous serez réputé avoir indiqué « parts égales ». Pour nommer d'autres bénéficiaires, utilisez le formulaire de désignation de bénéficiaires (D-0017).

Personnes d'âge mineur : Un bénéficiaire mineur ne recevra pas directement les prestations. À l'extérieur du Québec, vous devez désigner un fiduciaire qui recevra toute prestation au nom d'un bénéficiaire mineur. Au Québec, le parent ou le tuteur légal du bénéficiaire recevra toute prestation au nom d'un bénéficiaire mineur, à moins que vous n'avez nommé un administrateur ou créé une fiducie officielle. Lorsque le bénéficiaire aura atteint la majorité, il recevra directement toute prestation qui lui est due, à moins que vous n'avez créé une fiducie officielle et que celle-ci soit toujours en vigueur au moment du versement de la prestation.

Désignations de bénéficiaires irrévocable et révocable : Une désignation de premier bénéficiaire est révocable, à moins que vous n'avez coché la case « Irrévocable ». Au Québec, si un conjoint marié ou en union civile est désigné comme premier bénéficiaire, cette désignation est irrévocable, à moins que vous n'avez coché la case « Révocable ». Si vous désignez un premier bénéficiaire de façon irrévocable, vous ne pouvez pas changer ou révoquer ce bénéficiaire ni exercer certains droits et privilèges, comme des retraits, des cessions ou le transfert de la propriété, sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable. Si votre police est régie par les lois de la Nouvelle-Écosse et que vous désignez un premier bénéficiaire de façon irrévocable, vous devez également remplir un Supplément à la désignation de bénéficiaire irrévocable (INS-3207). **Un bénéficiaire irrévocable d'âge mineur ne peut pas fournir son consentement.** Ainsi, si le bénéficiaire irrévocable est mineur, vous ne pouvez pas changer ou révoquer ce bénéficiaire ni exercer certains droits et privilèges, à moins d'obtenir un jugement du tribunal, là où la loi le permet.

Désignations de bénéficiaire subsidiaire/subrogé : Un bénéficiaire subsidiaire/subrogé devient le bénéficiaire si tous les premiers bénéficiaires sont décédés avant l'assuré. **Les désignations de bénéficiaire subsidiaire/subrogé sont toujours révocables.** Les pourcentages pour tous les bénéficiaires subsidiaires/subrogés de chaque assuré doivent totaliser 100 %.

| Bénéficiaire(s) | | | |
|--|---------------|---|--|
| Prénom | Second prénom | Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité | <input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire |
| Lien avec l'assuré* | | Date de naissance | <input type="radio"/> Parts égales OU % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable |
| Prénom | Second prénom | Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité | <input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire |
| Lien avec l'assuré* | | Date de naissance | <input type="radio"/> Parts égales OU % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable |
| Prénom | Second prénom | Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité | <input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire |
| Lien avec l'assuré* | | Date de naissance | <input type="radio"/> Parts égales OU % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable |
| Prénom | Second prénom | Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité | <input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire |
| Lien avec l'assuré* | | Date de naissance | <input type="radio"/> Parts égales OU % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable |
| Fiduciaire pour tout bénéficiaire mineur désigné ci-dessus | | | |
| Prénom | Initiale | Nom de famille | |

* Lien avec l'assuré; au Québec, lien avec le titulaire

5. DÉCLARATION, ATTESTATION, AUTORISATION ET CONSENTEMENT

Déclaration et attestation

Je déclare et j'atteste que :

- j'ai compris le sens et l'importance de toutes les questions posées dans cette demande et dans tout formulaire supplémentaire soumis qui l'accompagne (collectivement la « demande »);
- j'ai obtenu des renseignements satisfaisants concernant le produit que je souhaite obtenir avant de signer cette demande et je comprends que mon conseiller peut être rémunéré sur la base de commissions;
- il existe des éléments variables (p. ex., le type et le rendement des placements, le coût de l'assurance, les avances sur polices, les versements et les retraits, etc.) qui peuvent avoir une incidence sur le rendement de ma police; toute modification apportée à ces éléments variables peut affecter les valeurs et les prestations non garanties de la police, et je comprends que les valeurs et les prestations présentées dans toute illustration ne sont pas garanties et sont basées sur des hypothèses susceptibles de changer;
- j'étais présent lorsque l'on a indiqué les réponses et les déclarations me concernant (collectivement « mes réponses ») sur la demande;
- j'ai revu mes réponses et je confirme qu'elles sont complètes et véridiques à ma connaissance, et que l'Empire Vie peut s'y fier;
- au cas où l'une de mes réponses contiendrait une fausse déclaration ou une omission importante, l'Empire Vie pourrait annuler la police; et
- le titulaire est tenu de payer les primes. Les chèques doivent être faits à l'ordre de l'Empire Vie.

Autorisation

Je comprends et j'accepte :

- que je dois aviser l'Empire Vie de tout changement dans ma situation de résidence aux fins de l'impôt;
- les dispositions de cette demande;
- que cette demande et mes réponses feront partie de ma police lorsque celle-ci sera émise;
- que si cette demande contient des erreurs ou des omissions apparentes ou que l'Empire Vie propose d'établir une police sur une base différente de celle que j'ai demandée, l'Empire Vie procédera aux modifications nécessaires à la demande par écrit avant de livrer la police au titulaire pour acceptation; et
- que l'on considérera que j'ai accepté la police ainsi que toute modification à la demande si je ne la retourne pas à l'Empire Vie dans les 10 jours après sa livraison.

Entente de DPA

- Les DPA s'appliquent aux primes régulières prévues. En outre, si la prime initiale versée est inférieure à la prime requise pour que la police prenne effet, l'écart pourra être prélevé de mon compte lors du premier retrait mensuel.
- L'entente de DPA peut être annulée dans les 10 jours suivant la date d'envoi d'un avis écrit par moi-même ou l'Empire Vie. En cas d'annulation, les primes subséquentes seront alors payables à l'Empire Vie selon l'une ou l'autre des modalités offertes, selon les dispositions de la police. Pour plus d'information au sujet du droit d'annuler une autorisation de DPA ou pour obtenir un exemplaire du formulaire d'annulation, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.paiements.ca.
- Aux fins de la présente autorisation, tout débit de mon compte sera traité comme un débit préautorisé personnel.
- **Je renonce à mon 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.**
- Je sais que certains droits d'exercer un recours existent dans le cas où un débit ne serait pas conforme à la présente entente. J'ai le droit de recevoir un remboursement pour tout retrait qui ne serait pas autorisé ou conforme à la présente entente de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits d'exercer un recours, je peux communiquer avec l'Empire Vie ou visiter le www.paiements.ca.

Pour les requêtes concernant vos DPA, veuillez communiquer avec :

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie
259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8
Tél. : 1 800 561-1268 Téléc. : 1 800 920-5868
assurance@empire.ca

Autorisation bancaire

J'autorise l'Empire Vie à prélever les paiements mensuels de la prime comme requis et selon mes directives. Je comprends que ces montants pourraient être variables, et augmenter ou diminuer. J'autorise mon institution financière à honorer tout retrait (débit) de mon compte en vertu de l'entente de DPA décrite à la section 3.

Autorisation de divulgation de renseignements personnels

J'ai lu et compris l'avis suivant qui m'a été fourni dans le document intitulé « Renseignements importants à l'intention du consommateur » :

- Vos renseignements personnels et votre vie privée

Je consens à ce que l'Empire Vie et d'autres parties prévues dans les avis recueillent, utilisent et divulguent mes renseignements personnels aux fins décrites dans les avis.

Je consens à ce que l'Empire Vie transmette mes renseignements personnels à ses agents, à ses fournisseurs ainsi qu'à ses réassureurs et à leurs agents pour évaluer la demande, administrer la police, si celle-ci est établie, et/ou évaluer une demande de règlement en vertu de la police.

Je comprends que, si je retire ce consentement, l'Empire Vie ne sera plus en mesure d'évaluer la présente demande, d'administrer toute police émise suite à cette demande ou d'évaluer une demande de prestations en vertu de la police et ainsi, elle se réserve le droit d'annuler la police. Si tel est le cas, aucune prestation ne sera alors payable et ni mes héritiers légaux ni moi-même ne pourrions alors exercer aucun droit sur cette police.

Si je décède, j'autorise le titulaire, le titulaire subsidiaire, le bénéficiaire, les héritiers légaux ainsi que le représentant successoral et/ou le liquidateur testamentaire à fournir à l'Empire Vie, à ses réassureurs et à leurs mandataires tous les renseignements et toutes les autorisations nécessaires pour évaluer une demande de règlement en vertu de ma police. J'autorise également l'Empire Vie à transmettre au bénéficiaire du produit de la police les raisons de toute décision relative à une demande de règlement.

5. DÉCLARATION, ATTESTATION, AUTORISATION ET CONSENTEMENT (SUITE)

Service de mon conseiller

J'autorise l'Empire Vie :

- à remettre ma police à mon conseiller à des fins de livraison, y compris une copie de cette demande, ainsi que tout formulaire supplémentaire, tout addenda et tout formulaire de modification de la demande; et
- à recueillir auprès de mon conseiller (et son agence) et à divulguer à ceux-ci des renseignements concernant ma demande et ma police, tel que requis, afin de me fournir le service et les conseils relativement à ma police. Je comprends que je peux changer de conseiller ou retirer cette autorisation en envoyant une note écrite à l'Empire Vie.

Une copie de la présente Déclaration, attestation, autorisation et consentement dûment signée a la même valeur que l'original.

| | | | |
|------------|--|--|----------------|
| 5.1 | Province de résidence | Cette demande a été remplie et signée dans la province ou le territoire de résidence du titulaire. Si ce n'est pas le cas, elle a été signée dans la province ou le territoire suivant : | |
| 5.2 | Signatures des assurés ou du parent/tuteur légal pour un mineur | Signature de l'assuré 1 X | Date |
| | | Signature de l'assuré 2 X | Date |
| 5.3 | Nouveaux DPA mensuels et compte d'entreprise | Le titulaire du compte doit signer ci-dessous afin que nous puissions utiliser le compte d'une entreprise ou celui d'une personne qui n'est pas l'assuré ou le titulaire pour les DPA. En signant ci-dessous, vous confirmez avoir lu, compris et accepté les énoncés contenus dans l'entente de DPA et l'autorisation bancaire. | |
| | | Signature X | |
| | | Prénom du signataire autorisé | Nom de famille |
| 5.4 | Signature du témoin | Toutes les signatures doivent avoir lieu devant une personne majeure qui n'a pas de lien avec l'assuré ou le titulaire et qui ne retire aucun avantage de l'assurance demandée. | |
| | | Signature du témoin X | Date |
| | | Prénom du témoin | Nom de famille |

Pour les ventes en personne, le conseiller devrait être le témoin.

6. RAPPORT DU CONSEILLER

| | | | | |
|--|--|--------------------|---|----------|
| 6.1 Renseignements sur le conseiller | L'assurance erreurs et omissions (AEO) doit être valide dans la province ou le territoire où la proposition a été sollicitée et signée. L'Empire Vie doit avoir en dossier un permis valide, sinon le traitement sera retardé jusqu'à réception de ce document. | | | |
| | Nom du conseiller attribué | Code du conseiller | AEO valide en dossier? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Part (%) |
| | Nom du conseiller | | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | |
| | Nom du conseiller | | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | |
| 6.2 Renseignements sur l'agent général (AG)/l'agent associé général (AAG)/l'agent général administrateur (AGA)/le compte national | Nom de l'AG, de l'AAG, de l'AGA ou du compte national | | Personne-ressource de l'AG, de l'AAG, de l'AGA ou du compte national | |
| | Numéro de téléphone de la personne-ressource | | Adresse de courriel de la personne-ressource | |
| | Cette vente a-t-elle été effectuée par l'entremise d'un compte national? <input type="radio"/> oui | | | |
| | Cette vente a-t-elle été effectuée par l'entremise du site empirevie.ca? <input type="radio"/> oui | | | |
| | Prénom du spécialiste/conseiller pour l'assurance | | Nom de famille | |
| | Code du conseiller | | Numéro de téléphone d'affaires | |
| 6.3 Vérification de l'identité du titulaire | Processus double Si vous rencontrez en personne un titulaire et qu'il n'a aucune pièce d'identité avec photo valide émise par le gouvernement, ou rencontrez à distance le titulaire, vérifiez l'identité de chaque titulaire individuel en remplissant la section 1.2 du formulaire D-0011 « Vérification de l'identité du (des) titulaire(s)/Détermination des personnes politiquement vulnérables et des intérêts de tiers ». | | | |
| | <input type="radio"/> Le conseiller a vérifié l'identité du titulaire au moyen de la méthode du processus double et a consigné les renseignements requis dans le formulaire D-0011. | | | |
| | Identification au moyen d'une pièce d'identité avec photo (Vérification en personne SEULEMENT) Le conseiller doit vérifier l'identité de chaque titulaire individuel en sa présence, à l'aide d'une pièce d'identité valide et originale émise par le gouvernement et qui comporte une photo. Il doit confirmer que le nom et la photo correspondent au nom et au visage du titulaire. Si vous utilisez une carte de citoyenneté pour vérifier l'identité du titulaire, la carte doit avoir été émise avant janvier 2012. | | | |
| | <input type="radio"/> Passeport <input type="radio"/> Permis de conduire <input type="radio"/> Autre _____ | | | |
| | Prénom de la personne tel qu'il figure sur le document | | Nom de famille | |
| N° de la pièce d'identité | | | Date d'expiration | |
| Compétence et pays d'émission | | | Date de la vérification | |
| 6.4 Accord international sur l'échange d'information fiscale (FATCA/NCD) | De quel pays êtes-vous résident aux fins de l'impôt? (Veuillez cocher tout ce qui s'applique) | | | |
| | <input type="radio"/> Canada <input type="radio"/> États-Unis (résident ou citoyen) – numéro d'identification fiscale (TIN) _____ Si vous n'avez pas de TIN américain, en avez-vous déjà demandé un? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> Autre – précisez le pays : _____ TIN : _____ | | | |
| Dans cette section, « vous », « votre » et « vos » s'entendent du titulaire. | | | | |
| Si vous n'avez pas de TIN, veuillez en spécifier la raison : <input type="radio"/> J'effectuerai une demande, ou j'ai déjà effectué une demande, mais je n'ai pas encore reçu mon TIN. <input type="radio"/> La juridiction de ma résidence fiscale n'émet pas de TIN pour ses résidents. <input type="radio"/> Autre – précisez la raison : _____ | | | | |

6. RAPPORT DU CONSEILLER (SUITE)

6.5 Personnes politiquement vulnérables et dirigeants d'une organisation internationale

Dans cette section, « vous », « votre » et « vos » s'entendent du titulaire.

* Un proche parent correspond à un enfant, une mère, un père, un époux ou conjoint uni civilement ou conjoint de fait, la mère ou le père de votre époux/conjoint uni civilement/conjoint de fait ou l'enfant de votre mère ou de votre père.

** Un proche collaborateur est une personne avec qui le titulaire a un fort lien, que ce soit pour des raisons professionnelles ou personnelles.

± Le dirigeant d'une organisation internationale est la personne principalement responsable de diriger l'organisation, telle qu'un président ou un chef de la direction.

±± Une organisation internationale est établie par les gouvernements de plusieurs pays au moyen d'un accord officiel signé par les gouvernements (p. ex., la Banque mondiale, le Fonds monétaire international, l'Organisation mondiale de la Santé, le Forum international de l'énergie et la Cour pénale internationale).

1. Avez-vous déjà, ou l'un de vos proches parents* ou de vos proches collaborateurs** a-t-il déjà :

a) occupé l'un des postes suivants au cours des cinq dernières années au Canada :

- gouverneur général, lieutenant-gouverneur, ou chef d'un gouvernement fédéral ou provincial;
- membre du Sénat ou de la Chambre des communes, ou membre d'une assemblée législative provinciale;
- sous-ministre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement provincial, ou un poste équivalent;
- chef d'un organisme gouvernemental fédéral ou provincial;
- chef ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative;
- maire d'une ville, d'un village ou d'une municipalité rurale ou métropolitaine;
- président d'une société détenue en propriété exclusive par Sa Majesté du chef du Canada ou d'une province;
- officier militaire avec rang de général ou rang supérieur;
- juge d'une cour d'appel provinciale, de la Cour d'appel fédérale ou de la Cour suprême du Canada; ou
- ambassadeur ou attaché ou conseiller d'un ambassadeur.

b) occupé l'un des postes suivants dans un pays autre que le Canada?

- chef d'État ou de gouvernement;
- membre du conseil exécutif d'un gouvernement ou d'une assemblée législative;
- chef ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative;
- sous-ministre ou titulaire d'une charge de rang équivalent;
- dirigeant d'une agence gouvernementale;
- officier militaire avec rang de général ou rang supérieur;
- juge;
- président d'une banque ou d'une société d'État; ou
- ambassadeur ou attaché ou conseiller d'un ambassadeur.

2. Êtes-vous, ou l'un de vos proches parents* ou de vos proches collaborateurs** est-il le dirigeant d'une organisation internationale± ou d'une organisation établie par une organisation internationale±±?

Pour les questions 1 et 2 :

oui non Si « oui », veuillez fournir des détails : _____

3. Précisez l'origine des fonds pour la transaction en question (c.-à-d. provenance de l'argent) :

- revenu d'entreprise (p. ex., dividendes et primes accordées aux cadres) revenu d'emploi fonds de pension
 cadeaux vente d'actifs héritage autre : _____

4. Précisez l'origine de la richesse (c.-à-d. provenance de la richesse accumulée par le ou les titulaires) :

- entreprise fiducie familiale revenu d'emploi placements immobilier héritage
 autre : _____

6.6 Notes du conseiller

6. RAPPORT DU CONSEILLER (SUITE)

6.7 Détermination des intérêts de tiers

Vous devez répondre par « Oui » ou par « Non » pour tous les régimes. Si la réponse est « Oui », remplissez toute la section.

Aux fins de cette section, un « tiers » s'entend d'une personne ou d'une entité (autre que l'assuré ou le titulaire) qui donne des directives au titulaire quant aux actions à poser relativement à la police, ou qui paie les primes des régimes d'assurance vie avec participation.

| | | | |
|--|-----------------------|---|--|
| En remplissant cette demande, le titulaire agit-il au nom d'un tiers? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | | | |
| Prénom | | Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité | |
| Date de naissance | Adresse (numéro, rue) | | |
| Ville | Province | Code postal | |
| Nom de l'employeur | | | |
| Titre du poste | | | |
| Profession | | | |
| Type d'entreprise | | | |
| Lien avec le titulaire | | | |
| Compétence d'enregistrement (p. ex., pays, province, territoire) | | Numéro d'enregistrement | |

6.8 Signature du conseiller détenteur du permis

J'ai fourni au titulaire et à l'assuré un énoncé de divulgation mentionnant les permis que je détiens et les provinces dans lesquelles ils sont valides, les sociétés que je représente, le fait que je reçoive une rémunération pour la vente de produits d'assurance vie et santé, y compris la possibilité que je reçoive une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, de participation à des congrès ou d'autres incitatifs, de même que tout conflit d'intérêt réel ou potentiel.

J'ai fourni au titulaire et à l'assuré le nom de tous les agents d'assurance qui auront accès à leurs renseignements personnels et à la police. Ils sont énumérés à la section 6.1.

À ma connaissance, les renseignements fournis dans cette demande sont actuels, exacts et complets.

À ma connaissance, le titulaire et l'assuré ont signé la demande.

Je ne suis au courant d'aucune information supplémentaire qui pourrait avoir une incidence sur l'acceptation de cette demande.

J'ai vérifié l'identité de tout titulaire et tout indice de sa possible citoyenneté américaine ou situation de résidence aux fins de l'impôt d'un pays autre que le Canada et les États-Unis et j'ai effectué une détermination des intérêts de tiers, comme décrit dans ce Rapport du conseiller.

Attestation du conseiller de la réalisation du processus à distance (s'il n'y a aucun témoin en personne à la section 5.3) :

À ma connaissance, chaque titulaire, personne assurée, bénéficiaire irrévocable, cessionnaire et payeur (s'il y a lieu) ont signé la demande comme demandé.

| | |
|--|------|
| Signature du conseiller X | Date |
| Signature du maître de stage (s'il y a lieu, au Québec seulement) X | Date |
| Signature du conseiller attiré (s'il est différent du conseiller susmentionné). J'ai revu la demande et le Rapport du conseiller. X | Date |

6.9 Signature de tout adjoint administratif détenteur d'un permis qui a rempli la demande (s'il y a lieu)

Cette section doit être remplie si un adjoint administratif détenteur d'un permis a rempli la demande, mais qu'il n'a fourni aucun conseil.

À titre d'adjoint administratif détenteur d'un permis, je confirme que, à ma connaissance, les renseignements fournis dans la demande sont actuels, exacts et complets.

Je ne suis au courant d'aucune information supplémentaire qui pourrait avoir une incidence sur l'acceptation de cette demande et qui n'aurait pas été divulguée dans celle-ci.

| | |
|--|----------------|
| Signature de l'adjoint administratif détenteur d'un permis X | Date |
| Prénom de l'adjoint administratif détenteur d'un permis | Nom de famille |

7. RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS À L'INTENTION DU CONSOMMATEUR

Vos renseignements personnels et votre vie privée

L'Empire Vie accorde de l'importance au respect de votre vie privée. Nous conserverons vos renseignements personnels dans un dossier confidentiel à nos bureaux afin d'être en mesure de vous offrir les produits et services de l'Empire Vie. L'information contenue dans votre dossier sera utilisée par l'Empire Vie, ses réassureurs ainsi que leurs agents et leurs représentants, de façon continue. Elle leur servira aux fins suivantes : évaluer votre demande, apprécier le risque et évaluer toute demande de règlement en vertu de votre police, administrer votre police et répondre à vos questions, vous fournir les renseignements concernant les produits et les services de l'Empire Vie et nous aider à constamment améliorer notre service et à élaborer des programmes à l'intention de nos clients.

Nous recueillons votre numéro d'assurance sociale, au besoin, aux fins des déclarations de l'impôt sur le revenu. Nous ne l'utiliserons pas à d'autres fins sans votre consentement.

L'accès à votre dossier est limité aux membres du personnel, aux agents, aux représentants et aux tiers fournisseurs de services de l'Empire Vie, tel qu'il est requis pour accomplir leurs fonctions. L'Empire Vie peut utiliser des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et le stockage de vos renseignements personnels. Les renseignements personnels qui sont traités ou stockés dans une autre juridiction peuvent être assujettis aux lois de cette juridiction, ce qui peut permettre leur divulgation aux tribunaux, aux autorités d'application de la loi ou aux autres autorités gouvernementales de cette juridiction dans certaines circonstances.

Vous-même, ou toute personne que vous aurez autorisée, aurez le droit d'accéder à votre dossier et, s'il y a lieu, de le faire corriger. Vous pouvez également nous demander de ne pas vous transmettre de renseignements au sujet des autres produits et services de l'Empire Vie. Pour ce faire ou pour poser des questions concernant la collecte de vos renseignements personnels, nous vous prions de faire parvenir votre demande écrite à l'Empire Vie à l'adresse indiquée ci-dessous. Pour accéder à une copie de la plus récente version de notre politique en matière de protection des renseignements personnels, veuillez visiter notre site Web au www.empire.ca.

Chef de la protection des renseignements personnels
L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie
259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8

RÉSERVÉ AUX CONSEILLERS

| Taux de prime annuelle par tranche de 1 000 \$, Solution 100 – avec valeurs, homme fumeur | | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|-----|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Âge | Palier 1 25 000 \$ à 99 999 \$ | Palier 2 100 000 \$ à 999 999 \$ | Âge | Palier 1 25 000 \$ à 99 999 \$ | Palier 2 100 000 \$ à 999 999 \$ |
| 16 | 6,39 | 5,50 | 41 | 17,31 | 15,52 |
| 17 | 6,63 | 5,62 | 42 | 18,24 | 16,47 |
| 18 | 6,86 | 5,74 | 43 | 19,24 | 17,46 |
| 19 | 7,10 | 5,88 | 44 | 20,29 | 18,48 |
| 20 | 7,33 | 6,05 | 45 | 21,42 | 19,50 |
| 21 | 7,55 | 6,25 | 46 | 22,62 | 20,50 |
| 22 | 7,76 | 6,47 | 47 | 23,90 | 21,48 |
| 23 | 7,98 | 6,70 | 48 | 25,23 | 22,50 |
| 24 | 8,21 | 6,96 | 49 | 26,62 | 23,59 |
| 25 | 8,46 | 7,25 | 50 | 28,05 | 24,78 |
| 26 | 8,73 | 7,57 | 51 | 29,47 | 26,03 |
| 27 | 9,01 | 7,91 | 52 | 30,89 | 27,32 |
| 28 | 9,31 | 8,27 | 53 | 32,38 | 28,72 |
| 29 | 9,65 | 8,66 | 54 | 34,02 | 30,28 |
| 30 | 10,05 | 9,05 | 55 | 35,87 | 32,08 |
| 31 | 10,51 | 9,44 | 56 | 37,94 | 34,16 |
| 32 | 11,02 | 9,84 | 57 | 40,17 | 36,46 |
| 33 | 11,58 | 10,25 | 58 | 42,57 | 38,95 |
| 34 | 12,18 | 10,71 | 59 | 45,14 | 41,55 |
| 35 | 12,80 | 11,23 | 60 | 47,86 | 44,21 |
| 36 | 13,45 | 11,81 | 61 | 50,77 | 46,93 |
| 37 | 14,12 | 12,44 | 62 | 53,87 | 49,74 |
| 38 | 14,83 | 13,12 | 63 | 57,12 | 52,66 |
| 39 | 15,59 | 13,85 | 64 | 60,48 | 55,69 |
| 40 | 16,42 | 14,65 | 65 | 63,91 | 58,85 |

Les primes sont assujetties à des frais de police annuels de 50,00 \$.
Les modes de paiement moins fréquents qu'une fois par année font l'objet d'un facteur d'ajustement modal.

RÉSERVÉ AUX CONSEILLERS

| Taux de prime annuelle par tranche de 1 000 \$, Solution 100 – avec valeurs, femme fumeuse | | | | | |
|---|---|---|------------|---|---|
| Âge | Palier 1 25 000 \$ à 99 999 \$ | Palier 2 100 000 \$ à 999 999 \$ | Âge | Palier 1 25 000 \$ à 99 999 \$ | Palier 2 100 000 \$ à 999 999 \$ |
| 16 | 0,18 | 4,56 | 41 | 14,30 | 2,25 |
| 17 | 5,39 | 4,68 | 42 | 14,82 | 12,91 |
| 18 | 5,60 | 4,79 | 43 | 15,32 | 13,60 |
| 19 | 5,82 | 4,91 | 44 | 15,86 | 14,31 |
| 20 | 6,05 | 5,06 | 45 | 16,47 | 15,02 |
| 21 | 6,28 | 5,24 | 46 | 17,13 | 15,72 |
| 22 | 6,53 | 5,44 | 47 | 17,83 | 16,41 |
| 23 | 6,77 | 5,65 | 48 | 18,57 | 17,13 |
| 24 | 7,02 | 5,88 | 49 | 19,39 | 17,91 |
| 25 | 7,27 | 6,11 | 50 | 20,30 | 18,77 |
| 26 | 7,51 | 6,34 | 51 | 21,28 | 19,71 |
| 27 | 7,73 | 6,57 | 52 | 22,31 | 20,71 |
| 28 | 7,97 | 6,81 | 53 | 23,44 | 21,78 |
| 29 | 8,22 | 7,07 | 54 | 24,71 | 22,95 |
| 30 | 8,51 | 7,36 | 55 | 26,15 | 24,22 |
| 31 | 8,82 | 7,67 | 56 | 27,83 | 25,64 |
| 32 | 9,15 | 8,00 | 57 | 29,73 | 27,18 |
| 33 | 9,50 | 8,36 | 58 | 31,74 | 28,81 |
| 34 | 9,91 | 8,74 | 59 | 33,78 | 30,47 |
| 35 | 10,39 | 9,15 | 60 | 35,75 | 32,13 |
| 36 | 10,97 | 9,59 | 61 | 37,55 | 33,67 |
| 37 | 11,65 | 10,05 | 62 | 39,25 | 35,11 |
| 38 | 12,37 | 10,55 | 63 | 40,99 | 36,64 |
| 39 | 13,08 | 11,07 | 64 | 42,92 | 38,41 |
| 40 | 13,73 | 11,64 | 65 | 45,18 | 40,61 |

**Les primes sont assujetties à des frais de police annuels de 50,00 \$.
Les modes de paiement moins fréquents qu'une fois par année font l'objet d'un facteur d'ajustement modal.**

RÉSERVÉ AUX CONSEILLERS

Taux de prime annuelle par tranche de 1 000 \$, temporaire un an (transformable, non renouvelable); fumeur

| Âge | Homme | Femme | Âge | Homme | Femme |
|-----|-------|-------|-----|-------|-------|
| 16 | 2,75 | 2,75 | 43 | 4,99 | 4,06 |
| 17 | 2,75 | 2,75 | 44 | 5,39 | 4,35 |
| 18 | 2,75 | 2,75 | 45 | 5,75 | 4,68 |
| 19 | 2,75 | 2,75 | 46 | 6,23 | 4,99 |
| 20 | 2,75 | 2,75 | 47 | 6,66 | 5,39 |
| 21 | 2,76 | 2,75 | 48 | 7,27 | 5,75 |
| 22 | 2,77 | 2,75 | 49 | 7,94 | 6,23 |
| 23 | 2,78 | 2,75 | 50 | 8,62 | 6,66 |
| 24 | 2,79 | 2,76 | 51 | 9,42 | 7,27 |
| 25 | 2,80 | 2,77 | 52 | 10,32 | 7,94 |
| 26 | 2,81 | 2,78 | 53 | 11,21 | 8,62 |
| 27 | 2,82 | 2,79 | 54 | 12,17 | 9,42 |
| 28 | 2,85 | 2,80 | 55 | 13,11 | 10,32 |
| 29 | 2,89 | 2,81 | 56 | 14,28 | 11,21 |
| 30 | 2,90 | 2,82 | 57 | 15,50 | 12,17 |
| 31 | 2,94 | 2,85 | 58 | 17,08 | 13,11 |
| 32 | 2,98 | 2,89 | 59 | 18,65 | 14,28 |
| 33 | 3,01 | 2,90 | 60 | 20,40 | 15,50 |
| 34 | 3,06 | 2,94 | 61 | 22,26 | 17,08 |
| 35 | 3,13 | 2,98 | 62 | 24,24 | 18,65 |
| 36 | 3,25 | 3,01 | 63 | 26,38 | 20,40 |
| 37 | 3,44 | 3,06 | 64 | 28,83 | 22,26 |
| 38 | 3,62 | 3,13 | 65 | 31,33 | 24,24 |
| 39 | 3,82 | 3,25 | 66 | 34,20 | 26,38 |
| 40 | 4,06 | 3,44 | 67 | 37,34 | 28,83 |
| 41 | 4,35 | 3,62 | 68 | 40,80 | 31,33 |
| 42 | 4,68 | 3,82 | 69 | 44,57 | 34,20 |

Les primes sont assujetties à des frais de police annuels de 50,00 \$.
Les modes de paiement moins fréquents qu'une fois par année font l'objet d'un facteur d'ajustement modal.

RÉSERVÉ AUX CONSEILLERS

Taux de prime annuelle par tranche de 1 000 \$, temporaire jusqu'à 65 ans (non transformable), fumeur

| Âge | Homme | Femme | Âge | Homme | Femme |
|-----|-------|-------|-----|-------|-------|
| 18 | 3,25 | 3,07 | 41 | 8,25 | 6,60 |
| 19 | 3,32 | 3,13 | 42 | 8,66 | 6,91 |
| 20 | 3,39 | 3,19 | 43 | 9,10 | 7,24 |
| 21 | 3,46 | 3,25 | 44 | 9,55 | 7,60 |
| 22 | 3,52 | 3,31 | 45 | 10,02 | 7,99 |
| 23 | 3,58 | 3,38 | 46 | 10,52 | 8,45 |
| 24 | 3,66 | 3,44 | 47 | 11,06 | 8,96 |
| 25 | 3,77 | 3,50 | 48 | 11,61 | 9,50 |
| 26 | 3,91 | 3,55 | 49 | 12,15 | 10,01 |
| 27 | 4,07 | 3,59 | 50 | 12,67 | 10,45 |
| 28 | 4,25 | 3,64 | 51 | 13,16 | 10,81 |
| 29 | 4,45 | 3,71 | 52 | 13,63 | 11,11 |
| 30 | 4,67 | 3,82 | 53 | 14,09 | 11,39 |
| 31 | 4,90 | 3,98 | 54 | 14,56 | 11,66 |
| 32 | 5,16 | 4,18 | 55 | 15,07 | 11,96 |
| 33 | 5,42 | 4,41 | 56 | 15,58 | 12,96 |
| 34 | 5,71 | 4,65 | 57 | 16,20 | 14,24 |
| 35 | 6,02 | 4,90 | 58 | 18,05 | 15,52 |
| 36 | 6,35 | 5,15 | 59 | 20,00 | 17,10 |
| 37 | 6,70 | 5,42 | 60 | 22,05 | 18,60 |
| 38 | 7,06 | 5,70 | 61 | 24,36 | 21,36 |
| 39 | 7,45 | 5,99 | 62 | 26,48 | 23,98 |
| 40 | 7,84 | 6,29 | 63 | 28,60 | 26,60 |

Les primes sont assujetties à des frais de police annuels de 50,00 \$.
Les modes de paiement moins fréquents qu'une fois par année font l'objet d'un facteur d'ajustement modal.