

DEMANDE DE GARANTIES FACULTATIVES D'ASSURANCE COLLECTIVE

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

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (REQUIS)

Nom de l'employeur/de la division		N° de groupe	N° de division	N° de certificat
Prénom	Initiale	Nom de famille		
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Province de résidence		<input type="radio"/> Fumeur <input type="radio"/> Non-fumeur	
Signature d'un signataire autorisé X			Date (jj/mm/aaaa)	

2. PROTECTION FACULTATIVE DEMANDÉE (veuillez fournir le niveau de protection souhaité)

Important :

En soumettant une demande de protection facultative, vous comprenez et consentez que la protection demandée sera assujettie à une sélection des risques médicaux et que cette protection n'entrera en vigueur que lorsque l'Empire Vie l'aura approuvée du point de vue médical. Le bénéficiaire désigné de toute assurance vie facultative du conjoint sera l'employé ou, lorsque la loi le permet, un autre bénéficiaire nommé par l'employé.

Employé	Conjoint	Enfant(s) à charge
Vie _____ \$ <input type="radio"/> Inclure l'assurance DMA facultative*	Vie _____ \$ <input type="radio"/> Inclure l'assurance DMA facultative*	(Protection d'assurance vie non offerte)
Maladies graves _____ \$	Maladies graves _____ \$	Maladies graves _____ \$

* Le montant de l'assurance décès et mutilation accidentels (DMA) sera équivalent au montant de l'assurance vie facultative demandée et prendra effet uniquement à l'approbation de la sélection des risques médicaux de l'assurance vie facultative.

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT ET LES PERSONNES À CHARGE (À remplir seulement si vous faites une demande de protection)

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Lien	Province de résidence	Fumeur?
				<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

4. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES (s'applique uniquement aux prestations payables au décès de l'employé assuré)

Bénéficiaire mineur :

Un bénéficiaire mineur ne recevra pas directement la prestation payable au décès. À l'extérieur du Québec, vous devez désigner un fiduciaire qui recevra toute prestation payable au décès au nom d'un bénéficiaire mineur. Au Québec, le tuteur recevra toute prestation payable au décès au nom d'un bénéficiaire mineur, à moins que vous n'ayez nommé un administrateur ou créé une fiducie officielle. Lorsque le bénéficiaire atteint la majorité, il recevra directement toute prestation payable qui lui est due, à moins que vous n'ayez créé une fiducie officielle et que cette fiducie soit en vigueur lors du versement de la prestation de décès.

Désignations de premier bénéficiaire :

- En l'absence d'un bénéficiaire désigné, la prestation de décès sera versée à la succession de l'employé.
- Les pourcentages attribués pour tous les premiers bénéficiaires doivent totaliser 100 %.
- Si vous nommez plus d'un bénéficiaire et que vous n'indiquez pas la part de chacun en pourcentage, les prestations seront divisées également entre tous les bénéficiaires survivants.
- Vous pouvez changer la désignation de bénéficiaires en tout temps en envoyant un avis écrit à l'Empire Vie.
- Si vous souhaitez qu'un bénéficiaire soit irrévocable (c'est-à-dire que vous ne pourrez pas changer la désignation ou modifier votre protection en vertu du régime sans l'autorisation écrite du bénéficiaire), veuillez remplir le *Formulaire d'autorisation et de désignation de bénéficiaires*.

Remarque : Si les lois du Québec s'appliquent et que vous avez désigné votre conjoint marié ou en union civile à titre de bénéficiaire, la désignation sera irrévocable à moins que vous cochiez le cercle « Révocable » ci-dessous.

Je souhaite que le bénéficiaire soit : révocable - je peux changer ce bénéficiaire en tout temps.

Premier(s) bénéficiaire(s)

Prénom	Initiale	Nom de famille	Lien
Date de naissance (si mineur) (jj/mm/aaaa)		Nom du fiduciaire (si le bénéficiaire est mineur)	Part (%)
Prénom	Initiale	Nom de famille	Lien
Date de naissance (si mineur) (jj/mm/aaaa)		Nom du fiduciaire (si le bénéficiaire est mineur)	Part (%)

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s)/subrogé(s)

Vous pourriez souhaiter désigner un bénéficiaire subsidiaire/subrogé afin qu'il reçoive tout produit de cette police d'assurance collective, dans l'éventualité où tous vos premiers bénéficiaires décèderaient avant vous. S'il n'y a aucun bénéficiaire survivant à votre décès, nous paierons le produit à votre succession. Les bénéficiaires subsidiaires/subrogés sont toujours révocables. Les pourcentages pour tous les bénéficiaires subsidiaires/subrogés doivent totaliser 100 %.

Prénom	Initiale	Nom de famille	Lien
Date de naissance (si mineur) (jj/mm/aaaa)		Nom du fiduciaire (si le bénéficiaire est mineur)	Part (%)
Prénom	Initiale	Nom de famille	Lien
Date de naissance (si mineur) (jj/mm/aaaa)		Nom du fiduciaire (si le bénéficiaire est mineur)	Part (%)

5. DÉCLARATION ET AUTORISATION

Collecte, utilisation et divulgation de mes renseignements personnels

Je (employé) fais une demande de garanties facultatives d'assurance collective auprès de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (« Empire Vie »). Je comprends que l'Empire Vie a besoin de renseignements personnels me concernant ou concernant mon conjoint ou ma conjointe et mes enfants (collectivement les « personnes à ma charge »), s'il y a lieu, qui sont essentiels à l'évaluation de ma demande et/ou à l'administration du régime d'assurance collective (les « renseignements personnels »).

Si je fais une demande de protection pour les personnes à ma charge :

- je confirme que les personnes à ma charge m'autorisent à divulguer et à recevoir leurs renseignements personnels, à agir en leur nom et à consentir à cette autorisation en leur nom relativement à leurs renseignements personnels;
- je comprends que le régime d'assurance collective est fourni par mon intermédiaire en tant qu'employé participant au régime et que l'Empire Vie peut échanger des renseignements personnels avec moi et/ou les personnes à ma charge.

L'autorisation ci-dessous s'applique à l'employé et aux personnes à sa charge, au besoin.

Collecte :

J'autorise l'Empire Vie à recueillir des renseignements personnels auprès de toute personne ou organisation qui possède des renseignements pertinents pour cette demande et/ou ce régime d'assurance collective.

J'autorise les personnes ou les organisations suivantes qui possèdent des renseignements personnels à divulguer ces renseignements à l'Empire Vie :

- l'employeur de l'employé et l'administrateur du régime d'assurance collective;
- le courtier et/ou le conseiller en assurance de l'employeur de l'employé (dans la mesure permise par l'employeur);
- mon médecin et d'autres professionnels de la santé ou praticiens (par ex., mon pharmacien ou mon dentiste);
- les hôpitaux, les cliniques, les agences de services sociaux et toute autre agence similaire qui m'ont fourni des services;
- les organismes professionnels (par ex., l'Ordre des pharmaciens);
- les agences gouvernementales ou d'enquête (par ex., l'Agence du revenu du Canada);
- les autres assureurs auprès desquels j'ai ou j'avais une protection; et
- les tiers fournisseurs de services qui fournissent des services en lien avec le régime d'assurance collective (par ex., paie, adhésion, services de traitement des demandes de règlement, fournisseurs d'un programme d'assistance d'urgence en cours de voyage ou fournisseurs de services paramédicaux).

J'autorise également la collecte de mes renseignements personnels par des tiers fournisseurs de services aux fins de l'évaluation de cette demande et de l'administration de mes demandes de règlement, ou de celles de mes personnes à charge ou de mes bénéficiaires.

Utilisation :

J'autorise l'Empire Vie à conserver les renseignements personnels dans ses dossiers et à les utiliser aux fins suivantes :

- évaluation de cette demande, de mon admissibilité à la protection, de la nature et du montant d'une telle protection;
- évaluation du risque sur une base continue et étude relative à l'établissement ou au renouvellement d'une police d'assurance collective en vertu de laquelle je pourrais être assuré ou devenir assuré;
- calcul de la prime payable pour une telle assurance;
- administration du régime d'assurance collective, y compris la tenue d'audits et d'enquêtes; et
- offre de garanties et évaluation de mes demandes de règlement, ou de celles des personnes à ma charge ou de mes bénéficiaires;
- conformité à la loi applicable.

Accès et divulgation :

Je comprends que :

- l'Empire Vie conservera les renseignements personnels dans ses dossiers;
- les membres du personnel de l'Empire Vie, ses représentants, ses réassureurs et ses tiers fournisseurs de services autorisés auront accès à mon dossier aux fins précitées;
- les renseignements personnels peuvent être échangés avec les personnes et organismes susmentionnés, si nécessaire, aux fins précitées. Cependant, les détails relatifs à des problèmes de santé ne seront pas divulgués à l'employeur de l'employé;
- dans tous les cas, l'Empire Vie limite la collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation des renseignements personnels à ce qui est nécessaire aux fins précitées;
- l'Empire Vie peut faire appel à des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de 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; et
- j'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels contenus dans ce dossier, tel qu'autorisé ou exigé par la loi, et, s'il y a lieu, de faire corriger les renseignements inexacts. Je peux consulter la plus récente *Politique en matière de protection des renseignements personnels* de l'Empire Vie au www.empire.ca.

Autre :

Je comprends que :

- les déclarations dans la présente demande font partie de la demande soumise en contrepartie de l'assurance demandée;
- toute présentation erronée des faits ou non-divulgation de renseignements dans cette déclaration peut entraîner l'annulation de ma protection.

Je confirme que les renseignements fournis dans la présente demande et tout autre document justificatif sont exacts et complets.

Par la présente, je demande d'être assuré pour les garanties auxquelles je suis admissible ou pourrais devenir admissible et j'autorise les retenues nécessaires sur mon salaire, au besoin.

Une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé

X

Date (jj/mm/aaaa)

Signature de l'époux ou du conjoint de fait (s'il y a lieu)

X

Date (jj/mm/aaaa)

Signature de l'enfant à charge ou du parent/tuteur légal si mineur (s'il y a lieu)

X

Date (jj/mm/aaaa)