

# FORMULAIRE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE

Dans le présent formulaire, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Le masculin singulier est utilisé comme générique pour désigner des personnes dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

1. RENSEIGNEMENTS À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME			
Nom de l'employeur/de la division		N° de groupe	Division
Code du service (max. 5 caractères)		Profession	
Date d'embauche (jj/mm/aaaa)		Date d'effet de la protection (jj/mm/aaaa)	
Salaire \$		Le salaire est : <input type="radio"/> Horaire <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Aux deux semaines <input type="radio"/> Annuel	
Commission		Boni	
Signature de l'employeur <b>X</b>		Date de la signature (jj/mm/aaaa)	

2. RENSEIGNEMENTS À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ			
L'Empire Vie pourrait utiliser votre adresse de courriel et/ou votre numéro de téléphone pour communiquer avec vous à des fins administratives.			
Prénom de l'employé		Nom de famille	
Date de naissance (jj/mm/aaaa)		Sexe <input type="radio"/> H <input type="radio"/> F <input type="radio"/> X	
Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville	
Province		Code postal	
Adresse de courriel		Numéro de téléphone	
Langue <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A		État civil <input type="radio"/> marié <input type="radio"/> célibataire <input type="radio"/> conjoint de fait	
L'employé et toutes les personnes à sa charge doivent être couverts par l'assurance maladie provinciale.			
<b>Paiement des règlements : <input type="radio"/> Dépôt direct de mes paiements d'assurance maladie, d'assurance dentaire et du compte de dépenses de santé (CDS) dans mon compte bancaire.</b> Veuillez joindre un chèque personnel annulé au nom de l'employé ou remplir la section sur les renseignements bancaires ci-dessous :			
Nom de la banque		Nom et adresse	
Numéro de transit		PAYEZ À _____ \$ _____ DOLLARS	
Numéro d'institution		INFORMATION DE LA BANQUE	
Numéro de compte		12345    004    123  45678	
N° de transit		N° d'institution	
N° de compte		N° de compte	

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

Prénom	Nom de famille	Lien (conjoint, enfant)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe (H/F/X)	Enfant handicapé âgé de 22 ans ou plus	Étudiant à temps plein âgé de 22 ans ou plus*
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui

\* Veuillez remplir la section suivante si vous inscrivez un étudiant à temps plein âgé de 22 ans ou plus qui étudie dans un établissement d'enseignement postsecondaire :

Prénom		Nom de famille		Date de début du trimestre (jj/mm/aaaa)		Date de fin du trimestre (jj/mm/aaaa)	
Nom de l'établissement postsecondaire		Hors Canada ou États-Unis : veuillez inscrire le nom du pays :				Date du départ (jj/mm/aaaa)	

Remarque : L'étudiant doit fréquenter à temps plein un établissement d'enseignement reconnu. S'il y a plus d'un étudiant, joignez une feuille distincte.



## 5. DÉCLARATION ET AUTORISATION

### Collecte, utilisation et divulgation de mes renseignements personnels

Je présente une demande d'assurance collective auprès de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (« Empire Vie ») et je comprends que l'Empire Vie a besoin de renseignements personnels sur moi, mon conjoint ou ma conjointe et mes enfants (collectivement, « personnes à charge »), s'il y a lieu, dans le cadre de la présente demande et/ou de l'administration du régime d'assurance collective (« renseignements personnels »).

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.

**Collecte** - J'autorise l'Empire Vie à recueillir des renseignements personnels de toute personne ou organisation qui possède des renseignements pertinents pour cette demande et/ou le régime d'assurance collective, notamment, mais sans s'y limiter : mon employeur; des professionnels de la santé et praticiens m'ayant prodigué des services; des administrateurs de régimes; des conseillers; des réassureurs; des agences gouvernementales; d'autres assureurs; et des tiers fournisseurs de services.

**Utilisation** - J'autorise l'Empire Vie à conserver les renseignements personnels dans ses dossiers et à les utiliser dans le cadre de l'administration de mon assurance.

### Accès/divulgation

Je comprends que :

- l'Empire Vie conservera mes renseignements personnels dans ses dossiers;
- l'accès à mon dossier est limité aux membres du personnel, aux agents, aux représentants, aux réassureurs, aux tiers fournisseurs de services de l'Empire Vie ainsi qu'aux personnes qui en ont besoin pour accomplir leurs fonctions et aux personnes auxquelles j'ai donné l'autorisation d'y accéder. L'Empire Vie peut stocker mes renseignements personnels en dehors de ma province de résidence, mais à l'intérieur du Canada;
- l'Empire Vie peut également divulguer mes renseignements personnels à des organisations en dehors de ma province de résidence ou du Canada aux fins du traitement et du stockage de mes renseignements personnels. Par conséquent, mes renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois de ces administrations, ce qui peut permettre leur divulgation aux tribunaux, aux autorités d'application de la loi ou aux autres autorités gouvernementales de ces administrations dans certaines circonstances; et
- J'ai le droit de consulter mon dossier et, s'il y a lieu, de le faire corriger. Afin d'exercer mes droits, je dois envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Chef de la protection des renseignements personnels, L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, 259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8.

Des détails additionnels concernant la façon dont l'Empire Vie recueille, conserve et divulgue mes renseignements personnels se trouvent sur les pages de la politique en matière de protection des renseignements personnels de l'Empire Vie et d'information sur la protection des renseignements personnels d'assurance collective accessibles à :

<https://www.empire.ca/fr/vos-renseignements-personnels-et-votre-vie-privee> et <https://www.empire.ca/fr/group-privacy-information>

Je comprends et conviens que :

- les déclarations dans la présente demande d'adhésion font partie de la demande soumise en contrepartie de l'assurance demandée; et
- 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 ce document 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.**

J'aimerais recevoir des messages électroniques sur les produits et services de l'Empire Vie qui correspondent à l'évolution de mes besoins de protection. Je comprends que je peux me désabonner à tout moment en cliquant sur le lien au bas des courriels de l'Empire Vie.

Signature de l'employé

X

Date (jj/mm/aaaa)

**Veillez faire parvenir le formulaire dûment rempli à l'attention de :**

Empire Vie  
Administration, Solutions d'assurance collective  
259, rue King Est  
Kingston ON K7L 3A8  
Télécopieur : 1 888 841-9145  
Courriel : group.administration@empire.ca