

# 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 ici utilisé comme générique pour désigner des personnes dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI (À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME)			
Nom de l'employeur/de la division		N° de groupe	Division
Prénom de l'employé		Nom de famille	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Code du service (max. 5 caractères)		Emploi	
Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	Nombre d'heures de travail par semaine	Catégorie	Date d'effet de la protection (jj/mm/aaaa)
<b>Détails du revenu</b>	<b>Montant</b>	<b>Veillez indiquer si la rémunération est versée sur une base horaire, hebdomadaire, aux deux semaines ou annuelle.</b>	
<b>Taux de rémunération</b>		<input type="radio"/> Horaire	
<b>Salaire</b>		<input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Aux deux semaines <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Autre _____	
<b>Boni</b>		<input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Aux deux semaines <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Autre _____	
<b>Commission</b>		<input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Aux deux semaines <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Autre _____	
Signature de l'employeur <b>X</b>			Date de la signature (jj/mm/aaaa)

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (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.																	
<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Province de résidence	Langue : <input type="radio"/> français <input type="radio"/> anglais	État civil : <input type="radio"/> marié <input type="radio"/> célibataire <input type="radio"/> conjoint de fait														
Adresse de courriel		Téléphone	Avez-vous une carte d'assurance maladie provinciale? (p. ex., RAMQ, RAMO) <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non														
<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. Veuillez joindre un chèque personnel annulé au nom de l'employé ou remplir la section sur les renseignements bancaires ci-dessous :</b>																	
Nom de la banque		<table border="1"> <tr> <td>Nom et adresse</td> <td>001</td> </tr> <tr> <td>PAYEZ À _____</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">INFORMATION DE LA BANQUE</td> </tr> <tr> <td>   12345   </td> <td>004   </td> </tr> <tr> <td colspan="2">123  45678</td> </tr> <tr> <td>N° de transit</td> <td>N° de banque</td> </tr> <tr> <td colspan="2">N° de compte</td> </tr> </table>		Nom et adresse	001	PAYEZ À _____	\$	INFORMATION DE LA BANQUE		12345	004	123  45678		N° de transit	N° de banque	N° de compte	
Nom et adresse	001																
PAYEZ À _____	\$																
INFORMATION DE LA BANQUE																	
12345	004																
123  45678																	
N° de transit	N° de banque																
N° de compte																	
N° de transit	N° de banque	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.**

Prénom	Nom de famille	Lien (conjoint, enfant)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe (H/F)	Enfant handicapé*	Étudiant à temps plein âgé de 22 ans ou plus**	Personne à charge ayant une carte d'assurance maladie provinciale
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

\* Veuillez remplir le formulaire *Renseignements sur les enfants à charge handicapés* et le soumettre avec le *Formulaire d'adhésion à l'assurance collective*.

\*\* Veuillez remplir ci-dessous les renseignements sur l'étudiant à temps plein – 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.

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		Si autre que le Canada ou les États-Unis, veuillez inscrire le nom du pays et la date du départ (jj/mm/aaaa)	



## 5. DÉCLARATION ET AUTORISATION

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

Je fais une demande d'adhésion au régime d'assurance collective 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.

### Collecte :

J'autorise l'Empire Vie et mon employeur à recueillir des renseignements personnels 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 :

- mon employeur et l'administrateur du régime d'assurance collective;
- le courtier et/ou le conseiller en assurance de mon employeur (dans la mesure permise par mon employeur);
- mon médecin et d'autres professionnels de la santé ou praticiens (p. 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 (p. ex., l'Ordre des pharmaciens);
- les agences gouvernementales ou d'enquête (p. ex., l'Agence du revenu du Canada);
- les entités du secteur pharmaceutique (p. ex., la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments);
- 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 (p. ex., paie, adhésion, services de traitement des demandes de règlement, programme d'assistance d'urgence en cours de voyage ou services paramédicaux).

J'autorise également la collecte de renseignements personnels par des tiers fournisseurs de services aux fins de l'évaluation et de l'administration de mes demandes de règlement, ou de celles des personnes à ma 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 la demande d'adhésion;
- 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;
- évaluation de mon admissibilité à la protection et de la nature et du montant d'une telle protection;
- 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 aux lois applicables.

### Accès/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 mon employeur;
- 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 le 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](http://www.empire.ca).

### Autre :

Je comprends que :

- les déclarations dans le présent formulaire d'adhésion font partie de la proposition 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 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)