

AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À UN (DES) CONSEILLER(S) (ET À L'AGENCE)

En signant ce formulaire, vous autorisez L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (« Empire Vie ») à divulguer des renseignements personnels à votre (vos) conseiller(s) (et à l'agence).

1. Numéro de police	
Nom(s) du (des) conseiller(s)	Code(s) du conseiller

2. J'autorise :

L'Empire Vie à divulguer à mon (mes) conseiller(s) (et à l'agence) des renseignements personnels recueillis sur ma proposition ou au cours du processus d'évaluation ou d'appréciation des risques et qui pourraient avoir une incidence sur la prime ou l'établissement de la police, y compris des renseignements se rapportant aux éléments suivants :

- Résultats de tests médicaux ou tests de laboratoire;
- Maladie, affections, conditions médicales, médicaments, usage de drogues ou d'alcool et/ou réadaptation;
- Autres problèmes liés à la santé;
- Dossier judiciaire (civil ou criminel); ou
- Autres faits personnels ou financiers.

Je comprends et je conviens que :

- J'autorise l'Empire Vie à divulguer des renseignements personnels, tels que décrits ci-dessus, à mon (mes) conseiller(s) (et à l'agence).
- Je n'ai pas besoin de signer ce formulaire pour demander une assurance auprès de l'Empire Vie.
- Je peux retirer ou annuler cette autorisation en envoyant une note écrite à l'Empire Vie.
- L'Empire Vie peut choisir de ne pas divulguer de l'information à mon (mes) conseiller(s) (et à l'agence) même si j'ai signé cette autorisation.

En signant ci-dessous, je confirme avoir compris et accepté les énoncés des sections ci-dessus et je consens à la divulgation de mes renseignements personnels aux fins qui y sont décrites.

Signature de la personne assurée 1 X	Signature de la personne assurée 2 X
Signature de la personne assurée 3 X	Signature de la personne assurée 4 X
Signature du titulaire 1 (s'il ne s'agit pas de l'assuré) X	Signature du titulaire 2 (s'il ne s'agit pas de l'assuré)
Signature du témoin X	Date (jj/mmm/aa)