

LE POLYVALENT

PROPOSITION D'ASSURANCE COLLECTIVE

POUR LES GROUPES DE 2 À 19 EMPLOYÉS ADMISSIBLES

Les polices sont établies par :

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie

Empire Vie
259, rue King Est
Kingston ON K7L 3A8

www.empire.ca



PROPOSITION D'ASSURANCE COLLECTIVE

Si vous manquez d'espace pour répondre à une section, veuillez fournir les détails à la section 3.11.

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

1. Renseignements sur le titulaire de police/le groupe

1.1 Titulaire de police/proposant

Nom officiel de la société :

Quel nom devrait figurer sur vos livrets et cartes des garanties? Nom ci-dessus Autre nom :

Adresse (numéro, rue)

Ville

Province

Code postal

1.2 Administrateur du régime

Nom de l'administrateur du régime n° 1

N° de téléphone

Adresse de courriel

Nom de l'administrateur du régime n° 2

N° de téléphone

Adresse de courriel

1.3 Secteur d'activité de l'entreprise (produits ou services offerts)

Lieux d'affaires - les lieux d'affaires sont-ils physiquement distincts des résidences de tous les propriétaires de la société (activités exercées dans le domicile acceptées si une séparation physique existe entre les lieux de travail et de vie)? Oui Non

1.4 Propriété

Cochez une case : Propriété individuelle Société de personnes Société par actions Société à responsabilité limitée

Nom de tout propriétaire, si propriété individuelle, société de personnes ou société à responsabilité limitée :

Les employés assurés en vertu de ce régime reçoivent-ils tous un relevé T4 du titulaire de police ou d'une filiale ou société liée?
 Oui Non Si non, veuillez en indiquer la raison : _____

1.5 Entreprises liées – à inclure? Oui Non

Si plus d'une entreprise liée, remplissez la section ci-dessous et **joignez une liste** des entreprises liées à la présente proposition.
Avez-vous besoin d'une facturation avec des sous-totaux? Oui Non

Nom de l'entreprise liée (veuillez inscrire la dénomination sociale exacte en lettres moulées, comme indiqué sur le feuillet T4 des employés)

Adresse (numéro, rue)

Ville

Province

Code postal

Nom de l'administrateur du régime de l'entreprise liée

N° de téléphone

Adresse de courriel

Lien d'affaires avec le titulaire : Propriété commune Filiale Autre :

Nature de l'entreprise

Nombre d'employés de l'entreprise liée

1.6 DATE D'EFFET DEMANDÉE pour toutes les protections : 0 h 1, **heure de l'Est**, le : **DURÉE DU RENOUELEMENT DE PREMIÈRE ANNÉE :**
(jour) (mois) (année) 15 mois

1.7 Protection actuelle Oui Non

Si oui, veuillez fournir une copie intégrale d'un relevé de facturation émis au plus 2 mois avant la date d'effet demandée ainsi que votre relevé EP3 interentreprises.

Assureur actuel

Date d'annulation proposée

Pour éviter une interruption de la protection, veuillez conserver toute assurance en vigueur jusqu'à ce que L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie) ne vous transmette un avis d'acceptation de la protection demandée (a date d'effet est normalement le premier jour du mois suivant l'approbation).

En présentant une proposition auprès de l'Empire Vie, le proposant doit obtenir le consentement individuel de chaque participant au régime pour la collecte, l'utilisation et la communication des renseignements personnels le concernant, y compris les renseignements personnels au sujet de toute personne à sa charge. Ce consentement est nécessaire à l'adhésion au régime et à l'administration continue de celui-ci.

2. Renseignements sur les employés

2.1 Description des catégories

Veillez décrire les catégories d'employés admissibles aux garanties (un minimum de 3 participants est requis afin de créer 2 catégories) :

- Catégorie A – tous les employés ou précisez :
 Catégorie A _____ Catégorie B _____

2.2 Définition du salaire (cochez tout ce qui s'applique)

- Salaire de base seulement
 Salaire de base plus commissions (moyenne de 2 ans)
 Dividendes inclus dans la définition de salaire des propriétaires et des dirigeants (moyenne de 3 ans). Catégorie distincte requise.
Les bonis sont exclus de la définition des gains et ne seront pas couverts. Les dividendes payés par une société de portefeuille ne sont pas admissibles en vertu de la définition de salaire.

2.3 Nombre total d'employés

À la date de prise d'effet de la police, nombre total d'employés à assurer _____ Nombre total d'employés _____

Si les chiffres diffèrent, veuillez en expliquer la raison :

- a) Les employés doivent travailler au moins 20 heures par semaine, résider au Canada, avoir une assurance maladie provinciale, et être embauchés sur une base permanente au Canada. Indiquez le nombre minimal d'heures travaillées par semaine : _____ heures
b) Si vous demandez une assurance ILD, certains des employés ont-ils des liens familiaux avec les propriétaires de toute société admissible (p. ex., conjoint, parent, enfant, frère ou sœur)?
 Oui Non - Si oui, veuillez inclure le(s) propriétaire(s) dans le total : _____
c) Des employés sont-ils exclus de la protection? Oui Non - Si oui, veuillez expliquer pourquoi : _____
d) Des employés soumettant une demande de protection sont-ils assurés en vertu d'une loi provinciale sur la santé et la sécurité au travail (par ex., CSST/CSPAAT/CAT)? Oui Non
e) Souhaitez-vous étendre la protection aux employés consultants, sous-traitants, contractuels ou saisonniers, si vous comptez certains de ces types d'employés? Oui Non - **Si oui, veuillez joindre une liste.**

2.4 Exigences de participation

- a) Si le régime comporte de 2 à 9 employés admissibles – la participation de tous les employés est exigée.
b) Si le régime comporte de 10 à 19 employés admissibles – si l'employeur verse la totalité des primes, la participation de tous les employés est exigée.
c) Si le régime comporte de 10 à 19 employés admissibles – si l'employeur verse plus de 25 % des primes, mais moins de la totalité de la prime globale, veuillez sélectionner l'une des options de participation suivantes : Obligatoire Facultative (participation de 85 % requise)

Contribution du titulaire (Nous exigeons une contribution de l'employeur d'au moins 25 %)

Le titulaire de police versera le pourcentage suivant pour chaque garantie :

	Catégorie A	Catégorie B		Catégorie A	Catégorie B
Assurance vie/DMA	_____ %	_____ %	Assurance à indemnités hebdomadaires	_____ %	_____ %
Assurance vie des personnes à charge	_____ %	_____ %	Assurance invalidité de longue durée	_____ %	_____ %
Assurance maladies graves de l'employé	_____ %	_____ %	Assurance maladie complémentaire	_____ %	_____ %
Assurance maladies graves du conjoint	_____ %	_____ %	Assurance dentaire	_____ %	_____ %
Assurance maladies graves des personnes à charge	_____ %	_____ %			

Nous exigeons une contribution de l'employeur d'au moins 25 %. Les indemnités d'invalidité (assurance à indemnités hebdomadaires ou assurance invalidité de longue durée) sont imposables si l'employeur paie une partie de la prime pour la garantie.

Important : si l'employeur demande une assurance à indemnités hebdomadaires ou une assurance invalidité de longue durée de 70 % ou de 75 %, le régime doit être imposable. Par conséquent, l'employeur doit payer une partie de la prime visée.

2.5 Délai d'attente (1, 3, 6, ou 12 mois d'emploi continu) Catégorie A _____ (mois) Catégorie B _____ (mois)

Délai d'attente applicable aux : futurs employés employés actuels et futurs

2. Renseignements sur les employés (suite)

2.6 Employés n'étant pas activement au travail Oui Non

Si « Oui », veuillez dresser la liste de tous les employés admissibles qui sont absents pour l'une des raisons suivantes (excluant des vacances). Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une liste :

Code de raison

- | | |
|--|--|
| (i) Congé de maternité/paternité | (v) Invalidité de courte (IH) ou de longue durée (ILD) assurée par un autre assureur |
| (ii) Mise à pied | (vi) Prestation de maladie de l'assurance-emploi (AE) |
| (iii) Congé autorisé | (vii) Heures réduites/aménagement des tâches/programme de retour progressif au travail |
| (iv) Prestations de santé et sécurité au travail (CSST/CSPAAT/CAT) | (viii) Autre (veuillez expliquer) |

Nom (nom de famille, prénom)	Date de naissance (jj/mm/aa)	Code de raison pour l'absence	Date du congé ou de l'invalidité	Date prévue de retour au travail	Type de règlement - veuillez préciser le type de règlement pour les codes (iv) à (viii) inclusivement	Soumis	Approuvé
					<input type="radio"/> Prestations de santé et sécurité au travail <input type="radio"/> IH <input type="radio"/> AE <input type="radio"/> ILD <input type="radio"/> Exonération des primes d'assurance vie	<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 <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
					<input type="radio"/> Prestations de santé et sécurité au travail <input type="radio"/> IH <input type="radio"/> AE <input type="radio"/> ILD <input type="radio"/> Exonération des primes d'assurance vie	<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 <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

3. Tableau des garanties

Pour les groupes de 2 à 3 participants, il faut choisir un minimum de 2 garanties facultatives des sections 3.4 à 3.10 (à l'exclusion du programme d'aide aux employés *AssistanceDirecte*.)

3.1 ASSURANCE VIE ET DMA DE BASE (obligatoire) Taux d'assurance vie de base (par 1 000 \$ de volume assuré) : _____ \$ Taux d'assurance DMA de l'employé pour tous les âges (par 1 000 \$ de volume assuré) : 0,04 \$

	Catégorie A	Catégorie B
Montant de protection	<input type="radio"/> Montant fixe _____ \$ (30 000 \$ minimum) <input type="radio"/> 15 000 \$ vie et DMA/15 000 \$ maladies graves* (minimum 3 assurés) <input type="radio"/> 1x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> 3x le salaire annuel	<input type="radio"/> Montant fixe _____ \$ (30 000 \$ minimum) <input type="radio"/> 15 000 \$ vie et DMA/15 000 \$ maladies graves* (minimum 3 assurés) <input type="radio"/> 1x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> 3x le salaire annuel
Protection maximale	_____ \$	_____ \$
Maximum sans preuve	_____ \$	_____ \$
Clause de réduction	Protection réduite à 30 000 \$ à l'âge de 65 ans, puis réduite à nouveau à 15 000 \$ à l'âge de 70 ans. * aucune réduction	

* La protection minimale est de 30 000 \$ ou 15 000 \$ lorsque combinée avec 15 000 \$ de protection maladies graves traditionnelle ou améliorée. Minimum de 3 participants requis. Le maximum global combiné (assurance vie de base et facultative) s'appliquera.

3.2 ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE (obligatoire)

10 000 \$ pour le conjoint/5 000 \$ par enfant 20 000 \$ pour le conjoint/10 000 \$ par enfant Taux : _____ \$

3.3 ASSURANCE VIE ET DMA FACULTATIVE DE L'EMPLOYÉ

Oui Non Tranches de 25 000 \$ offertes à toutes les personnes admissibles.

Taux d'assurance vie facultative (par 1 000 \$ de volume assuré) :

Âge de l'employé	Homme fumeur	Homme non-fumeur	Femme fumeuse	Femme non-fumeuse
Moins de 30 ans	0,12 \$	0,07 \$	0,06 \$	0,04 \$
30 à 34 ans	0,12 \$	0,07 \$	0,08 \$	0,05 \$
35 à 39 ans	0,17 \$	0,09 \$	0,11 \$	0,07 \$
40 à 44 ans	0,27 \$	0,15 \$	0,19 \$	0,11 \$
45 à 49 ans	0,45 \$	0,23 \$	0,29 \$	0,16 \$
50 à 54 ans	0,71 \$	0,37 \$	0,42 \$	0,24 \$
55 à 59 ans	1,19 \$	0,64 \$	0,64 \$	0,38 \$
60 à 64 ans	1,79 \$	0,97 \$	0,96 \$	0,58 \$

Taux d'assurance DMA facultative de l'employé pour tous les âges (par 1 000 \$ de volume assuré) : 0,04 \$

3. Tableau des garanties - GARANTIES FACULTATIVES

3.4 ASSURANCE COLLECTIVE EN CAS DE MALADIES GRAVES (pour groupes de trois participants d'assurance en cas de maladies graves ou plus. Le régime peut varier selon la catégorie). Taux : _____ \$

Assistance vitale en cas de maladies graves – de base (4 conditions) (AVMG)

Assurance en cas de maladies graves traditionnelle – Protection complète (31 conditions) (AMGT)

Assurance en cas de maladies graves améliorée – Protection pour prestations multiples (31 conditions, 6 conditions partielles) (AMGA)

	MG pour employé <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Peut varier selon la catégorie		MG pour conjoint <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Uniquement offerte lorsque la protection MG pour employé est sélectionnée. Les mêmes garanties doivent être sélectionnées dans chaque catégorie.		MG pour personne à charge <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Uniquement offerte lorsque la protection MG pour employé est sélectionnée.	
Catégorie	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie A	Catégorie B
Type de protection	<input type="radio"/> AVMG <input type="radio"/> AMGT <input type="radio"/> AMGA <input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> AVMG <input type="radio"/> AMGT <input type="radio"/> AMGA <input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> AMGT <input type="radio"/> AMGA <input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> AMGT <input type="radio"/> AMGA <input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> Assurance MG traditionnelle complète (15 conditions) <input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> Assurance MG traditionnelle complète (15 conditions) <input type="radio"/> Aucune
Montant de protection	_____ \$ 10 000-250 000 \$	_____ \$ 10 000-250 000 \$	_____ \$ 10 000-25 000 \$ (3-4 assurés - max. de 10 000 \$)	_____ \$ 10 000-25 000 \$ (3-4 assurés - max. de 10 000 \$)	5 000 \$ par enfant	
Barème de réduction	AVMG – Aucune AMGT/AMGA – 50 % à l'âge de 65 ans		50 % à l'âge de 65 ans		s. o.	
Limite sans preuve	AVMG – s. o. AMGT/AMGA - _____ \$		Aucune sélection des risques médicaux n'est requise.			
Exonération des primes	AVMG – Non incluse AMGT/AMGA - Incluse		Incluse			
Exclusion pour conditions préexistantes	AVMG – s. o. AMGT/AMGA – 24/24 (le choix pour l'employé s'applique également aux protections du conjoint et des personnes à charge)					

3.5 ASSURANCE MG COLLECTIVE FACULTATIVE (L'employé doit être couvert en vertu de l'assurance MG) Taux : Voir annexe

	Assurance MG facultative de l'employé <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Assurance MG facultative du conjoint <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Uniquement offerte lorsque la protection MG facultative pour employé est sélectionnée. Les mêmes garanties doivent être sélectionnées dans chaque catégorie.		Assurance MG facultative des personnes à charge <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Uniquement offerte lorsque la protection MG facultative pour employé est sélectionnée.	
Catégorie	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie A	Catégorie B
Type de protection	<input type="radio"/> AMGT <input type="radio"/> AMGA <input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> AMGT <input type="radio"/> AMGA <input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> AMGT <input type="radio"/> AMGA <input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> AMGT <input type="radio"/> AMGA <input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> Assurance MG traditionnelle complète (15 conditions) <input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> Assurance MG traditionnelle complète (15 conditions) <input type="radio"/> Aucune
Montant de protection	10 000 \$- 250 000 \$ (Tranches de 1 000 \$)		10 000-25 000 \$ (3-4 assurés - max. de 10 000 \$)		5 000 \$ - 25 000 \$ par enfant	
Limite sans preuve	Sélection des risques médicaux complète requise.				Aucune sélection des risques médicaux n'est requise. L'exclusion pour conditions préexistantes s'applique.	
Exonération des primes	Incluse					

3. Tableau des garanties - GARANTIES FACULTATIVES (suite)

3.6 INDEMNITÉS HEBDOMADAIRES (INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE) Oui Non Taux (par 10 \$ de volume assuré) : _____ \$

	Catégorie A	Catégorie B
Pourcentage des gains	<input type="radio"/> 60 % <input type="radio"/> 66,70 % <input type="radio"/> 70 %* <input type="radio"/> 75 %*	<input type="radio"/> 60 % <input type="radio"/> 66,70 % <input type="radio"/> 70 %* <input type="radio"/> 75 %*
Indemnité hebdomadaire maximale	_____ \$ (maximum de l'AE jusqu'à 2 800 \$)	_____ \$ (maximum de l'AE jusqu'à 2 800 \$)
Délai d'attente	_____ blessure (jours) _____ maladie (jours)	
Période d'indemnisation maximale	_____ (semaines)	
1 ^{er} jour d'hospitalisation/chirurgie d'un jour	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Limite sans preuve	_____ \$	
Âge de cessation	70 ans ou le départ à la retraite, selon la première éventualité	

* Les régimes avec une garantie de 70 % ou de 75 % doivent être imposables. Toutes les catégories couvertes doivent avoir le même barème et la même option pour la 1^{re} journée d'hospitalisation/chirurgie d'un jour.

3.7 INVALIDITÉ LONGUE DURÉE Oui Non Taux (par 100 \$ de volume assuré) : _____ \$

	Catégorie A	Catégorie B
Pourcentage des gains	<input type="radio"/> 60 % <input type="radio"/> 66,7 % <input type="radio"/> 70 %* <input type="radio"/> 75 %* Échelle graduée : <input type="radio"/> 66,67 % de la première tranche de 2 250 \$, 50 % de la tranche de 3 500 \$ suivante, 44 % du solde (par défaut), OU <input type="radio"/> _____ % des premiers _____ \$; _____ % des prochains _____ \$, et _____ % de l'excédent	<input type="radio"/> 60 % <input type="radio"/> 66,7 % <input type="radio"/> 70 %* <input type="radio"/> 75 %* Échelle graduée : <input type="radio"/> 66,67 % de la première tranche de 2 250 \$, 50 % de la tranche de 3 500 \$ suivante, 44 % du solde (par défaut), OU <input type="radio"/> _____ % des premiers _____ \$; _____ % des prochains _____ \$, et _____ % de l'excédent
Indemnité mensuelle maximale	_____ \$ (5 000 \$ à 10 000 \$)	_____ \$ (5 000 \$ à 10 000 \$)
Délai d'attente (semaines)	<input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> 16 <input type="radio"/> 17 <input type="radio"/> 26	
Période d'indemnisation maximale	<input type="radio"/> 2 ans <input type="radio"/> 5 ans <input type="radio"/> jusqu'à l'âge de 65 ans (moins le délai d'attente)	
Maximum sans preuve	_____ \$	
Protection des survivants	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> 3 mois <input type="radio"/> 6 mois	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> 3 mois <input type="radio"/> 6 mois
Âge de cessation	65 ans, moins la période d'attente	

* Les régimes avec une garantie de 70 % ou de 75 % doivent être imposables.

3.8 ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE Oui Non Taux d'AMC individuelle _____ \$ Taux d'AMC familiale _____ \$

Les clients doivent choisir pour chaque catégorie les mêmes protections d'assurance médicaments et pour soins médicaux majeurs. La franchise, le montant de coassurance et le montant maximal peuvent changer selon les options.

	Catégorie A	Catégorie B
Période d'indemnisation	<input type="radio"/> Année d'indemnisation (date d'effet de la police, ou le 1 ^{er} jour du mois suivant la première période de 12 mois) <input type="radio"/> Année civile (janvier à décembre)	
Âge de cessation (s'applique également à l'assurance dentaire)	<input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 65 <input type="radio"/> 70 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 80 <input type="radio"/> 85	<input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 65 <input type="radio"/> 70 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 80 <input type="radio"/> 85
Protection des survivants	Inclus pour 2 ans	
Mutualisation des soins de santé	<input type="radio"/> 10 000 \$ par assuré par année d'indemnisation pour toutes les protections d'AMC, sauf le programme d'assistance d'urgence en cours de voyage <input type="radio"/> 7 500 \$ par assuré (médicaments seulement, par année d'indemnisation) L'Empire Vie participe à une entente de mutualisation en assurance médicaments offerte par la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments (SCMAM). La SCMAM exige que tous les régimes d'assurance médicaments pleinement assurés comprennent une protection au moyen d'un pool appelé « EP3 ». Certaines demandes de règlement pourraient ne pas être admissibles au pool « EP3 ». Dans ce cas, l'Empire Vie fournit un pool des montants importants.	

3. Tableau des garanties - GARANTIES FACULTATIVES (suite)

3.8 a) RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Les deux catégories doivent être assurées (s'il y a lieu). La franchise, le montant de coassurance et le montant maximal peuvent changer selon les options. Comprend la carte de paiement direct des médicaments, l'autorisation préalable et le programme de médicaments de spécialité (non offert au Québec).

Sélectionner :

OPTION 1 : RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS STANDARD **OU**

OPTION 2 : PROGRAMME DE MÉDICAMENTS D'ENTRETIEN (Non offert au Québec)

Il faut acheter les médicaments d'entretien auprès du service d'approvisionnement de la Pharmacie d'Express Scripts Canada (ESC) pour obtenir le meilleur taux de remboursement. Les médicaments d'entretien achetés auprès d'une pharmacie de détail seront remboursés selon un pourcentage de 20 % inférieur. Les médicaments admissibles non offerts par la Pharmacie ESC peuvent être achetés dans une pharmacie de détail et remboursés selon la coassurance la plus élevée du régime.

OPTION 1 : RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS STANDARD Oui Non

	Catégorie A	Catégorie B
Type de régime d'assurance médicaments	<input type="radio"/> Substitution obligatoire par des génériques <input type="radio"/> Formule générique <input type="radio"/> Liste de médicaments provinciale* <input type="radio"/> Médicaments d'origine * Si vous choisissez la liste provinciale, la coassurance mixte sera de 100 % pour les médicaments inclus dans la liste et de 80 % pour les médicaments non inclus dans la liste. Aucun maximum.	
Coassurance		
<input type="radio"/> Fixe, OU	<input type="radio"/> 60 % <input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 75 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %	<input type="radio"/> 60 % <input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 75 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %
<input type="radio"/> Remboursement à paliers, OU	_____ % (70 %, 80 % ou 90 %) de la première tranche de _____ \$ (1 000 \$ ou 5 000 \$), 100 % par la suite	
<input type="radio"/> Remboursement mixte (génériques/d'origine)	<input type="radio"/> 100 %/80 % <input type="radio"/> 90 %/70 % <input type="radio"/> 80 %/60 %	
Franchise		
Aucune	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Annuelle, OU	<input type="radio"/> 25 \$/50 \$ <input type="radio"/> 50 \$/100 \$ <input type="radio"/> 100 \$/200 \$ <input type="radio"/> 250 \$/500 \$	<input type="radio"/> 25 \$/50 \$ <input type="radio"/> 50 \$/100 \$ <input type="radio"/> 100 \$/200 \$ <input type="radio"/> 250 \$/500 \$
Par ordonnance, OU	<input type="radio"/> Frais de préparation ou _____ \$ (1 \$ à 20 \$)	<input type="radio"/> Frais de préparation ou _____ \$ (1 \$ à 20 \$)
Maximum des frais de préparation	<input type="radio"/> Montant raisonnable et habituel de l'Empire Vie OU _____ \$ (1 \$ à 20 \$)	<input type="radio"/> Montant raisonnable et habituel de l'Empire Vie OU _____ \$ (1 \$ à 20 \$)
Maximum	<input type="radio"/> Illimité OU <input type="radio"/> _____ \$ (500 \$-10 000 \$*) <input type="radio"/> Par assuré <input type="radio"/> Par certificat * S'applique à tous les médicaments à l'exception des catégories ci-dessous : Désaccoutumance au tabac (maximum viager de 300 \$) Médicaments contre le dysfonctionnement sexuel <input type="radio"/> Oui (maximum annuel de 1 000 \$) <input type="radio"/> Non Médicaments favorisant la fertilité <input type="radio"/> Oui (coassurance : 50 %, maximum viager : 4 000 \$) <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Illimité OU <input type="radio"/> _____ \$ (500 \$-10 000 \$*) <input type="radio"/> Par assuré <input type="radio"/> Par certificat * S'applique à tous les médicaments à l'exception des catégories ci-dessous : Désaccoutumance au tabac (maximum viager de 300 \$) Médicaments contre le dysfonctionnement sexuel <input type="radio"/> Oui (maximum annuel de 1 000 \$) <input type="radio"/> Non Médicaments favorisant la fertilité <input type="radio"/> Oui (coassurance : 50 %, maximum viager : 4 000 \$) <input type="radio"/> Non

3. Tableau des garanties - GARANTIES FACULTATIVES (suite)

3.8 a) ASSURANCE MÉDICAMENTS (suite)

OPTION 2 : PROGRAMME DE MÉDICAMENTS D'ENTRETIEN (non offert au Québec) Oui Non

Liste de médicaments	<input type="radio"/> Substitution obligatoire par des génériques <input type="radio"/> Formule générique			
	Catégorie A		Catégorie B	
	Médicaments d'entretien - Pharmacie ESC/ Pharmacie de détail	Tous les autres médicaments - Pharmacie ESC/Pharmacie de détail	Médicaments d'entretien - Pharmacie ESC/ Pharmacie de détail	Tous les autres médicaments - Pharmacie ESC/Pharmacie de détail
Coassurance				
<input type="radio"/> Coassurance fixe, OU	<input type="radio"/> 80 %/60 % <input type="radio"/> 90 %/70 % <input type="radio"/> 100 %/80 %	<input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %	<input type="radio"/> 80 %/60 % <input type="radio"/> 90 %/70 % <input type="radio"/> 100 %/80 %	<input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %
<input type="radio"/> Remboursement à paliers	Pharmacie ESC _____ % des premiers _____ \$, 100 % par la suite OU Pharmacie de détail _____ % des premiers _____ \$, 80 % par la suite	_____ % des premiers _____ \$, 100 % par la suite	Pharmacie ESC _____ % des premiers _____ \$, 100 % par la suite OU Pharmacie de détail _____ % des premiers _____ \$, 80 % par la suite	_____ % des premiers _____ \$, 100 % par la suite
Franchise	Pharmacie ESC - Pharmacie ESC Pharmacie de détail - Le régime remboursera les frais de préparation raisonnables et habituels provinciaux et l'employé paiera le solde	Le régime remboursera les frais de préparation raisonnables et habituels provinciaux et l'employé paiera le solde.	Pharmacie ESC - Pharmacie ESC Pharmacie de détail - Le régime remboursera les frais de préparation raisonnables et habituels provinciaux et l'employé paiera le solde	Le régime remboursera les frais de préparation raisonnables et habituels provinciaux et l'employé paiera le solde.
	* Les médicaments non offerts par la Pharmacie ESC peuvent être achetés dans une pharmacie de détail. Ces médicaments sont alors admissibles à un remboursement en vertu du régime.			
Maximum	<input type="radio"/> Illimité <input type="radio"/> Autre _____ \$ (500 \$ à 10 000 \$) <input type="radio"/> Par assuré <input type="radio"/> Par certificat S'applique à tous les médicaments, sauf à ce qui suit : Désaccoutumance au tabac (maximum viager de 300 \$) Dysfonctionnement sexuel (max. annuel de 1 000 \$) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Médicaments favorisant la fertilité (coassurance : 50 %, maximum viager : 4 000 \$) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="radio"/> Illimité <input type="radio"/> Autre _____ \$ (500 \$ à 10 000 \$) <input type="radio"/> Par assuré <input type="radio"/> Par certificat S'applique à tous les médicaments, sauf à ce qui suit : Désaccoutumance au tabac (maximum viager de 300 \$) Dysfonctionnement sexuel (max. annuel de 1 000 \$) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Médicaments favorisant la fertilité (coassurance : 50 %, maximum viager : 4 000 \$) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

3.8 b) SOINS MÉDICAUX MAJEURS

Sélectionner :

OPTION 1 : SOINS MÉDICAUX ESSENTIELS (les deux catégories sont couvertes)

Inclut les médicaments d'ordonnance, les fournitures médicales, les soins infirmiers privés, l'assurance des survivants et le programme d'assistance d'urgence en cours de voyage.

Possibilité d'inclure hospitalisation en chambre semi-privée, services paramédicaux, soins de la vue et examens de la vue. **OU**

OPTION 2 : RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE STANDARD

Les clients doivent choisir les mêmes protections pour chaque catégorie, mais les options de franchise, de coassurance et de maximum peuvent varier.

OPTION 1 : SOINS MÉDICAUX ESSENTIELS Oui Non

GARANTIES OBLIGATOIRES

Soins infirmiers privés	Inclus avec une coassurance de 100 % et un maximum de 10 000 \$
Fournitures médicales	Incluses avec une coassurance de 100 % – tous les maximums standards s'appliquent
Régime d'assurance médicaments	Les protections choisies à la section « Assurance médicaments » s'appliqueront. Exclut les médicaments contre le dysfonctionnement sexuel et ceux favorisant la fertilité.
Programme d'assistance d'urgence en cours de voyage	Coassurance de 100 %, maximum viager de 5 000 000 \$, par assuré
Durée du voyage, nombre de jours de protection continue	<input type="radio"/> 60 jours <input type="radio"/> 90 jours <input type="radio"/> 120 jours

GARANTIES FACULTATIVES (inclut les protections obligatoires)

Maximum combiné par certificat (coassurance de 100 %)	<input type="radio"/> 500 \$ <input type="radio"/> 1 000 \$ <input type="radio"/> Exclusion
Inclus	Chambre semi-privée, services paramédicaux, soins et examens de la vue

3. Tableau des garanties - GARANTIES FACULTATIVES (suite)

3.8 b) SOINS MÉDICAUX MAJEURS (suite)

OPTION 2 : RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE STANDARD Oui Non

	Catégorie A				Catégorie B	
Coassurance S'applique aux soins médicaux majeurs, À L'EXCEPTION DE : hospitalisation en chambre semi-privée, soins de la vue, examens de la vue, programme d'assistance d'urgence en cours de voyage et soins paramédicaux	<input type="radio"/> 60 % <input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 75 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %				<input type="radio"/> 60 % <input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 75 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %	
Franchise	0 \$/0 \$					
	Inclus		Coassurance (70 %-100 %)		Maximum	
	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie A	Catégorie B
Hospitalisation en chambre semi-privée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____ %	_____ %	Voir le contrat	
Hôpital de convalescence	Inclus		Correspond à celle des soins médicaux majeurs		20 \$ par jour et durée maximale de 120 jours, par assuré	
Établissement de traitement spécialisé	Inclus		50 %		4 000 \$ viagers, par assuré, maximum viager	
Examens de la vue	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____ %	_____ %	_____ \$ (75 \$-200 \$) Enfant à charge - 12 mois Adulte - 24 mois	_____ \$ (75 \$-200 \$) Enfant à charge - 12 mois Adulte - 24 mois
Soins de la vue (minimum 2 assurés) Par période de 12 mois pour un enfant à charge, 24 mois pour un adulte.	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____ %	_____ %	_____ \$ (100 \$-500 \$)	_____ \$ (100 \$-500 \$)
Fournitures orthopédiques	Semelles		Correspond à celle des soins médicaux majeurs		_____ \$ (200 \$-500 \$)	_____ \$ (200 \$-500 \$)
	Chaussures, OU				_____ \$ (200 \$-500 \$)	_____ \$ (200 \$-500 \$)
	Semelles/chaussures combinées				_____ \$ (300 \$-1 000 \$)	_____ \$ (300 \$-1 000 \$)
Soins infirmiers privés	Inclus				_____ \$ (5 000 \$-25 000 \$)	
Tests diagnostiques en laboratoire	Inclus				_____ \$ (500 \$ -1 500 \$)	
Programme d'assistance d'urgence en cours de voyage	Inclus		Déplacement d'urgence - 100 % Recommandation hors province – Correspond à celle des soins médicaux majeurs		5 000 000 \$ viagers par assuré Recommandation hors province - 15 000 \$ (combiné), par assuré	
					<input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 120 (durée du voyage; nombre de jours de protection continue)	<input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 120 (durée du voyage; nombre de jours de protection continue)

3. Tableau des garanties - GARANTIES FACULTATIVES (suite)

3.8 c) SERVICES PARAMÉDICAUX Oui Non

Sélectionner :

OPTION 1 : TRADITIONNELLE - Options de protection groupées par type de praticiens. Sélectionnez les praticiens à inclure, **OU**

OPTION 2 : GROUPÉE - Protection pour l'ensemble des praticiens regroupés selon différents maximums. Sélectionnez un maximum pour chaque groupe.

Possibilité d'ajouter une garantie Dépenses de santé connexes (DSC) ou un compte de dépenses de santé (CDS) aux options ci-dessus.

OPTION 1 : TRADITIONNELLE Oui Non

Praticiens inclus :

De base - Chiropraticien, physiothérapeute, psychologue/travailleur social (combiné)

Standard - De base + Acupuncteur, Diététiste agréé, Ergothérapeute, Audiologiste, Orthophoniste

Plus - Standard + Massothérapeute, Podiatre/Podologue (combinés), Naturopathe, Ostéopathe

	Catégorie A <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Catégorie B <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Sélectionnez l'une des trois options	<input type="radio"/> De base <input type="radio"/> Standard (inclus le régime de base) <input type="radio"/> Plus (inclus les régimes de base et standard)	<input type="radio"/> De base <input type="radio"/> Standard (inclus le régime de base) <input type="radio"/> Plus (inclus les régimes de base et standard)
Coassurance	<input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 75 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %	<input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 75 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %
Maximum annuel	<input type="radio"/> 300 \$ <input type="radio"/> 400 \$ <input type="radio"/> 500 \$ <input type="radio"/> 750 \$ <input type="radio"/> 1 000 \$ (Combiné, option Plus uniquement) <input type="radio"/> Par assuré, par praticien, ou <input type="radio"/> Par certificat, par praticien <input type="radio"/> Par assuré, tous les praticiens combinés ou <input type="radio"/> Par certificat, tous les praticiens combinés	<input type="radio"/> 300 \$ <input type="radio"/> 400 \$ <input type="radio"/> 500 \$ <input type="radio"/> 750 \$ <input type="radio"/> 1 000 \$ (Combiné, option Plus uniquement) <input type="radio"/> Par assuré, par praticien, ou <input type="radio"/> Par certificat, par praticien <input type="radio"/> Par assuré, tous les praticiens combinés ou <input type="radio"/> Par certificat, tous les praticiens combinés
Maximum annuel par visite	<input type="radio"/> Oui _____ \$ (25 \$-75 \$) <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui _____ \$ (25 \$-75 \$) <input type="radio"/> Non

OPTION 2 : GROUPÉE Oui Non

Praticiens inclus (vous ne pouvez pas sélectionner parmi différents groupes) :

Groupe 1 - Physiothérapeute, Psychologue, Travailleur social, Diététiste agréé, Ergothérapeute, Audiologiste, Orthophoniste

Groupe 2 - Chiropraticien, Massothérapeute, Podiatre, Podologue

Groupe 3 - Acupuncteur, Naturopathe, Ostéopathe

	Catégorie A <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			Catégorie B <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Coassurance	<input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 75 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %			<input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 75 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %		
Base du maximum	<input type="radio"/> Par certificat <input type="radio"/> Par assuré			<input type="radio"/> Par certificat <input type="radio"/> Par assuré		
Maximum annuel, par groupe	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
	a) <input type="radio"/> 500 \$	300 \$	200 \$	a) <input type="radio"/> 500 \$	300 \$	200 \$
	b) <input type="radio"/> 750 \$	500 \$	300 \$	b) <input type="radio"/> 750 \$	500 \$	300 \$
Maximum annuel par visite	<input type="radio"/> Oui _____ \$ (25 \$-75 \$) <input type="radio"/> Non			<input type="radio"/> Oui _____ \$ (25 \$-75 \$) <input type="radio"/> Non		

3. Tableau des garanties - GARANTIES FACULTATIVES (suite)

3.9 COMPTE DE DÉPENSES DE SANTÉ

Sélectionner :

OPTION 1 : DÉPENSES DE SANTÉ CONNEXES (DSC) (GARANTIE ASSURÉE) - Si incluse, cette option fait partie de l'AMC **ET/OU**

OPTION 2 : COMPTE DE DÉPENSES DE SANTÉ (CDS) (SAS)

OPTION 1 : DÉPENSES DE SANTÉ CONNEXES (DSC) (GARANTIE ASSURÉE) Oui Non Taux inclus dans celui de l'AMC

	Catégorie A	Catégorie B
Période d'indemnisation	Selon celle de l'AMC	
Maximum annuel		
Individuel (100 \$ - 5 000 \$)	_____ \$	_____ \$
Familial (100 \$ - 5 000 \$)	_____ \$	_____ \$

OPTION 2 : COMPTE DE DÉPENSES DE SANTÉ (CDS) Oui Non

La protection n'a pas à s'appliquer à toutes les catégories, mais elle doit s'appliquer à tous les employés d'une catégorie.
Option de financement standard : rapprochement mensuel

Période d'indemnisation	<input type="radio"/> Année civile <input type="radio"/> Année d'indemnisation	
Délai de grâce	<input type="radio"/> 90 jours <input type="radio"/> 180 jours	
Méthode comptable	<input type="radio"/> Avec solde reportable <input type="radio"/> Sans solde reportable	
	Catégorie A	Catégorie B
Nouveaux employés au prorata	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Coordination avec AMC et assurance dentaire	<input type="radio"/> Oui (recommandé) <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui (recommandé) <input type="radio"/> Non
Montant	Individuel _____ \$ Familial _____ \$ (100 \$ à 10 000 \$ annuellement) OU Pour l'option « sans solde reportable » UNIQUEMENT , sélectionnez : <input type="radio"/> Par semestre _____ \$ (50 \$ à 2 500 \$), ou <input type="radio"/> Par trimestre _____ \$ (50 \$ à 2 500 \$)	Individuel _____ \$ Familial _____ \$ (100 \$ à 10 000 \$ annuellement) OU Pour l'option « sans solde reportable » UNIQUEMENT , sélectionnez : <input type="radio"/> Par semestre _____ \$ (50 \$ à 2 500 \$), ou <input type="radio"/> Par trimestre _____ \$ (50 \$ à 2 500 \$)

3. Tableau des garanties - GARANTIES FACULTATIVES (suite)

3.10 ASSURANCE DENTAIRE (minimum 2 assurés)

Taux : _____ \$ individuelle _____ \$ familiale

Sélectionner :

OPTION 1 : DENTAFLEX (maximum combiné pour les soins de base, la parodontie et l'endodontie, les restaurations majeures et les soins orthodontiques. Les soins orthodontiques concernent les enfants à charge de 19 ans et moins), **OU**

OPTION 2 : ASSURANCE DENTAIRE STANDARD

OPTION 1 : DENTAFLEX Oui Non - si oui : Garantie assurée Services administratifs seulement
(L'option doit être la même pour les deux catégories.)

	Catégorie A		Catégorie B	
Maximum annuel combiné	<input type="radio"/> Par assuré <input type="radio"/> Par certificat			
	_____ \$ (500 \$-3 000 \$)		_____ \$ (500 \$-3 000 \$)	
Coassurance	<input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 100 %		<input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 100 %	
Soins de rappel (mois)	<input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 12		<input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 12	
Unités de détartrage (1 unité = 15 minutes)	<input type="radio"/> 6 (standard) <input type="radio"/> 12 <input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> Autre ____ (6-16)		<input type="radio"/> 6 (standard) <input type="radio"/> 12 <input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> Autre ____ (6-16)	
Guide des tarifs - Généralistes	<input type="radio"/> Standard (par défaut) <input type="radio"/> Deluxe (+ 25 %)		<input type="radio"/> Standard (par défaut) <input type="radio"/> Deluxe (+25 %)	
	<input type="radio"/> Courant ou <input type="radio"/> Fixe _____ (indiquez une année)		<input type="radio"/> Courant ou <input type="radio"/> Fixe _____ (indiquez une année)	
	<input type="radio"/> Province de résidence de l'employé (par défaut) <input type="radio"/> Province du site principal de l'entreprise du titulaire de police			
Période d'indemnisation	Correspond à celle de l'AMC			
Protection des survivants	Incluse pour 2 ans			
Franchise	0 \$			

OPTION 2 : ASSURANCE DENTAIRE STANDARD Oui Non - si oui : Garantie assurée Services administratifs seulement
(L'option doit être la même pour les deux catégories)

	Soins de base et parodontie-endodontie		Restaurations majeures <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Minimum 4 assurés		Orthodontie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Minimum 5 assurés. Option « restaurations majeures » requise. Concerne les personnes à charge de 19 ans et moins.	
	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie A	Catégorie B
Franchise	<input type="radio"/> 0 \$/0 \$ <input type="radio"/> 25 \$/50 \$ <input type="radio"/> 50 \$/100 \$	<input type="radio"/> 0 \$/0 \$ <input type="radio"/> 25 \$/50 \$ <input type="radio"/> 50 \$/100 \$	Selon l'option des soins de base		0 \$	
Coassurance	<input type="radio"/> 60 % <input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %	<input type="radio"/> 60 % <input type="radio"/> 70 % <input type="radio"/> 80 % <input type="radio"/> 90 % <input type="radio"/> 100 %	50 %		50 %	
Maximum	_____ \$ (500 \$-5 000 \$)	_____ \$ (500 \$-5 000 \$)	_____ \$ (500 \$-5 000 \$) Soins de base et majeurs combinés? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____ \$ (500 \$-5 000 \$) Soins de base et majeurs combinés? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____ \$ (1 000 \$ à 2 500 \$)	_____ \$ (1 000 \$ à 2 500 \$)
	<input type="radio"/> Par assuré <input type="radio"/> Par certificat					Par assuré
Unités de détartrage (6-16) (1 unité = 15 minutes)	<input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 12 <input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> Autre ____ (6-16)	<input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 12 <input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> Autre ____ (6-16)	s. o.		s. o.	
Soins de rappel (mois)	<input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 12	<input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 12	s. o.		s. o.	
Période d'indemnisation	Selon la période d'indemnisation de l'AMC				Maximum viager	
Protection des survivants	Incluse pour deux ans					
Guide des tarifs - Généralistes	Catégorie A			Catégorie B		
Guide des tarifs	<input type="radio"/> Standard (par défaut) <input type="radio"/> Deluxe (25 % supplémentaires)			<input type="radio"/> Standard (par défaut) <input type="radio"/> Deluxe (25 % supplémentaires)		
Année	<input type="radio"/> Courante <input type="radio"/> Fixe ____ (indiquez une année)			<input type="radio"/> Courante <input type="radio"/> Fixe ____ (indiquez une année)		
Province	<input type="radio"/> Province de résidence de l'employé (par défaut) <input type="radio"/> Province du site principal de l'entreprise du titulaire					

4. Corrections/modifications/clarifications

5. Déclarations, autorisations et signatures du proposant (Il doit s'agir de signatures originales.)

5.1 Entente de débits préautorisés (DPA) (Veuillez joindre un chèque annulé.)

- J'autorise par la présente l'Empire Vie à prélever la somme due qui figure sur mon relevé de facturation à partir de mon compte d'institution financière.
- Veuillez utiliser le chèque de la prime initiale pour mettre en place les DPA.
- Veuillez utiliser le DPA pour prélever la prime initiale.

Date de retrait mensuel – Indiquez le jour du mois où le retrait sera effectué* (du 1^{er} au 25^e jour du mois) : _____

Si vous n'indiquez pas de date, nous effectuerons le retrait le 10^e jour du mois.

* Si vous souhaitez payer la prime initiale au moyen d'un DPA, nous pourrions effectuer le retrait de votre compte bancaire dans les deux jours ouvrables qui suivent cette date.

Compte d'institution financière à débiter : Compte indiqué sur le chèque annulé ci-joint

Sachez que certains droits d'exercer un recours existent dans le cas où un débit ne serait pas conforme à la présente entente. Vous avez le droit de recevoir un remboursement pour tout débit qui ne serait pas autorisé ou conforme à la présente entente de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits d'exercer un recours, veuillez communiquer avec votre institution financière ou visiter le www.paiements.ca.

5.2 Site à l'intention des administrateurs de régimes

- a) Tous les administrateurs de régimes indiqués à la section 1.2 de cette proposition pourront consulter les renseignements sur les employés concernant la police d'assurance collective et les mettre à jour (sauf les renseignements détaillés sur les demandes de règlement) jusqu'à ce qu'ils soient retirés de leurs fonctions d'administrateur de régime.
- b) Le proposant autorise tout conseiller indiqué à la section 6 de cette proposition à mettre à jour les détails sur les employés et la structure du régime sur le site à l'intention des administrateurs de régimes : Oui Non

5-3 Taxe de vente au détail (Ontario) – Formulaire de choix

DÉCLARATION

- Oui, le proposant qui demande la présente police d'assurance collective choisit de remettre au complet la taxe de vente au détail de l'Ontario à percevoir sur les primes des employés et de l'employeur à l'Empire Vie conformément aux articles 3.1(3) et 3.2(3) du règlement 1013 des Règlements refondus de l'Ontario, 1990, en vertu de la *Loi sur la taxe de vente au détail*, tels qu'applicables.

À utiliser :

- a) si vous êtes présentement autorisé ou que vous le serez, en vertu de la *Loi sur la taxe de vente au détail* (Ontario), à remettre la taxe de vente au détail perçue sur les primes des employés sur une police d'assurance collective (article 3.2(3));
- b) si vous êtes un fournisseur autorisé en vertu de la *Loi sur la taxe de vente au détail* (Ontario) et que vous désirez que l'Empire Vie remette la taxe de vente au détail perçue sur les primes des employés (article 3.1(3)).

5. Déclarations, autorisations et signatures du proposant (suite) (Il doit s'agir de signatures originales.)

5.4 Le proposant atteste que :

- 1) les déclarations et les réponses ci-dessus constituent la proposition pour le contrat et qu'elles en font partie intégrante. De ce fait, les erreurs ou les fausses représentations liées aux renseignements donnés pourraient entraîner l'annulation de la protection, et le proposant certifie que les réponses et les renseignements donnés dans cette proposition et dans les autres documents à l'appui de la présente proposition sont complets, entiers et véridiques;
- 2) advenant le cas où il fait partie d'une société à responsabilité limitée, toutes les parties de la société consentent et autorisent le proposant à engager et à lier la société relativement au présent contrat;
- 3) l'assurance prendra effet conformément aux conditions de la police à être établie au nom du proposant et sous réserve de celles-ci, mais ne peut en aucun cas prendre effet tant que la proposition n'a pas été approuvée par l'Empire Vie;
- 4) il a obtenu le consentement individuel de chaque participant pour recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels (y compris des renseignements personnels sur les personnes à charge du participant) requis dans le cadre de l'adhésion au régime et de l'administration du régime;
- 5) tous les administrateurs de régimes indiqués à la section 1.2 de cette proposition pourront consulter les renseignements sur les employés concernant la police d'assurance collective et les mettre à jour sur le site à l'intention des administrateurs de régimes (sauf les renseignements détaillés sur les demandes de règlement) jusqu'à ce qu'ils soient retirés de leurs fonctions d'administrateur de régime;
 - a) il confirme qu'il a lu et compris les conditions d'utilisation du site pour l'administration du régime, qu'il accepte de s'y conformer et qu'il y sera lié, ainsi que ses successeurs et cessionnaires autorisés;
- 6) il confirme la nomination de tout conseiller identifié à la section 6 de la présente proposition à titre de consultant/représentant attiré pour la présente police. Il autorise ledit consultant/représentant attiré à :
 - a) recevoir toute information pouvant être demandée au sujet des régimes actuels, des régimes futurs ou de toute soumission de contrat d'assurance demandée par toute société d'assurance ou autre organisation qui administre de tels contrats. L'information transmise ne comportera aucun détail sur les demandes de règlement des participants;
 - b) consulter les détails sur les employés et la structure du régime sur le site à l'intention des administrateurs de régimes;
 - c) recevoir toute commission quant aux contrats existants ou futurs liés au régime d'assurance collective.

Cette nomination demeurera en vigueur jusqu'à ce qu'elle soit révoquée par le proposant par écrit.

Si l'Empire Vie découvre des erreurs ou des omissions dans la présente proposition, elle est autorisée par la présente à modifier celle-ci en inscrivant les changements faits à la section 4 intitulée « Corrections, modifications et clarifications ». L'acceptation par le proposant de la police accompagnée d'une copie de la proposition ainsi modifiée représente la ratification de telles « Corrections, modifications et clarifications ».

Le proposant comprend et reconnaît que :

- l'entente de débits préautorisés (DPA), comme indiqué à la section 5.1, peut prendre fin en tout temps à la réception d'un avis écrit de 10 jours par l'Empire Vie ou le proposant;
- l'annulation des DPA ne signifie pas l'annulation du service par l'Empire Vie, et le proposant est responsable de toute somme due, qu'il s'agisse d'une somme passée, présente ou future;
- aux fins de l'entente de DPA, tout débit du compte du proposant sera traité comme un débit personnel;
- pour obtenir un exemplaire du formulaire d'annulation ou pour plus d'information relativement sur le droit d'annuler une entente de DPA, le proposant peut communiquer avec son institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.

Le proposant autorise l'Empire Vie à prélever les paiements mensuels de la prime au besoin, conformément aux directives du proposant énoncées à la section 5.1, et le proposant comprend que ces montants pourraient être variables, et augmenter ou diminuer.

Le proposant renonce au 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.

Un chèque en dépôt de la prime initiale de _____ \$ est joint à la présente proposition. Le montant du dépôt de la prime doit correspondre à la valeur estimée de la première prime mensuelle. L'encaissement du chèque ne signifie pas en soi l'acceptation de la proposition.

Fait et signé à _____, le _____ jour de (d') _____
(ville et province) (mois) (année)

pour _____
Proposant – dénomination sociale complète de l'entreprise (en lettres moulées)

par **X** _____
Signature d'un représentant autorisé de l'entreprise Nom en lettres moulées/Titre complet

par **X** _____
Signature du témoin Nom en lettres moulées/Titre complet

6. Renseignements sur le conseiller

Engagement du conseiller :

À ma/notre connaissance, toutes les déclarations dans cette proposition sont complètes et véridiques.

J'ai lu et compris le contenu du formulaire.

Je confirme également que j'ai lu et compris les conditions d'utilisation du site pour l'administration du régime et que j'accepte de m'y conformer.

J'ai avisé le proposant de ne pas mettre fin à toute protection actuelle tant qu'il n'a pas reçu un avis stipulant que la proposition pour la protection demandée a été acceptée.

J'ai fourni au proposant un avis de divulgation mentionnant le fait que je puisse recevoir une rémunération sous forme de bonis, de commissions, de participation à des congrès ou d'autres incitatifs ainsi que tout conflit d'intérêts réel ou potentiel.

Je ne suis au courant d'aucune information supplémentaire qui pourrait avoir une incidence sur la sélection des risques et l'acceptation de cette proposition d'assurance collective.

				Veillez utiliser cette colonne s'il y a deux conseillers.											
Date				Date											
Nom de l'entreprise				Nom de l'entreprise											
Adresse : numéro, rue, bureau				Adresse : numéro, rue, bureau											
Ville		Province		Code postal		Ville		Province		Code postal					
Numéro de téléphone				Numéro de télécopieur				Numéro de téléphone				Numéro de télécopieur			
Adresse de courriel				Adresse de courriel				Adresse de courriel				Adresse de courriel			
Bureau d'assurance collective				Bureau d'assurance collective				Bureau d'assurance collective				Bureau d'assurance collective			
Code de conseiller de l'Empire Vie				Pourcentage du cas				Code de conseiller de l'Empire Vie				Pourcentage du cas			
Nom du conseiller - nom complet en lettres moulées				Nom du deuxième conseiller - nom complet en lettres moulées				Nom du deuxième conseiller - nom complet en lettres moulées				Nom du deuxième conseiller - nom complet en lettres moulées			
Signature du conseiller X				Signature du deuxième conseiller X				Signature du deuxième conseiller X				Signature du deuxième conseiller X			

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE :

- 1) toutes les sections requises de la proposition ont été remplies, et que celle-ci est signée et datée à une date antérieure à la date d'effet demandée;
- 2) les formulaires d'adhésion et, s'il y a lieu, les déclarations tenant lieu d'examen médical de tous les employés ont été remplis et joints et que les employés ont été avisés des exigences relatives aux preuves supplémentaires;
- 3) une copie de la facturation courante mentionnant les volumes d'assurance en vigueur pour chaque employé est jointe si une protection est en vigueur;
- 4) un chèque représentant la prime d'un mois fait à l'ordre de l'Empire Vie accompagne la proposition;
- 5) une copie complète de la soumission pour ce groupe est jointe.

Assurance et placements – Avec simplicité, rapidité et facilité^{MD}

www.empire.ca info@empire.ca



^{MD} Marque déposée de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. ^{MC} Marque de commerce de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.
Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Demande pour le programme d'aide aux employés (PAE) Assistancedirecte

Dénomination sociale de la société			
Adresse	Ville	Province	Code postal
Date d'effet du PAE	Échantillon initial d'employés dans le programme		
Nom du représentant autorisé Titre	Titre		
Adresse de courriel		Numéro de téléphone	
Numéro du groupe de l'Empire Vie			
<p>Les services de PAE Assistancedirecte (« services de PAE ») sont proposés et administrés par HumanaCare. Tous les services de PAE doivent être demandés directement à HumanaCare et ne font pas partie du contrat d'assurance collective de l'Empire Vie.</p> <p>Les services de PAE incluent : un centre de réponse clinique ouvert 24/7, du counseling d'évaluation des risques de santé, des services de référence, un service d'encadrement en matière de style de vie et de mieux-être, un traitement de désaccoutumance au tabac, un accès au portail travail-vie personnelle et mieux-être et un centre d'information et de référence. HumanaCare vous enverra directement les documents décrivant les services de PAE et l'entente de services de PAE.</p> <p>Taux de HumanaCare : 3,95 \$ par employé/par mois plus la TPS/TVH/TVQ, selon le cas. HumanaCare vous enverra une facture pour couvrir la première prime mensuelle selon l'échantillon initial d'employés.</p> <p>Les services de PAE prendront effet à la date d'effet à laquelle HumanaCare approuvera cette demande.</p> <p>Vous consentez à divulguer des données générales à l'Empire Vie en ce qui a trait à l'utilisation des services (aucune information d'identification personnelle ne sera divulguée).</p>			
Signature d'un représentant autorisé X		Fait le _____ jour de (d') _____ 20 _____	

Coordonnées

Nom de l'administrateur			
Adresse de courriel		Numéro de téléphone	
Nom du conseiller			
Cabinet du conseiller			
Adresse	Ville	Province	Code postal
Adresse de courriel		Numéro de téléphone	
Gestionnaire de comptes de l'Empire Vie	Adresse de courriel		Numéro de téléphone
Directeur de comptes de l'Empire Vie	Adresse de courriel		Numéro de téléphone