

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Information importante pour remplir la Déclaration du demandeur

SI LE PRODUIT DE L'ASSURANCE EST VERSÉ AU BÉNÉFICIAIRE DÉSIGNÉ :

- **Bénéficiaire désigné d'âge mineur** : au Québec, le produit est versé aux parents du bénéficiaire à titre de tuteurs légaux, à moins que le titulaire n'ait créé une fiducie valide. À l'extérieur du Québec, le fiduciaire désigné dans la police ou le tuteur légalement désigné du bénéficiaire (si aucun fiduciaire n'a été désigné) doit remplir cette déclaration au nom du bénéficiaire mineur. Une copie notariée de la désignation du tuteur doit être soumise.
- Si le mandataire en vertu d'une procuration signe au nom d'un bénéficiaire désigné, veuillez soumettre à l'Empire Vie une copie notariée de la procuration.
- **Décès de l'un des bénéficiaires désignés** : nous devons obtenir une preuve de décès du bénéficiaire désigné.
- **Si le bénéficiaire désigné est une société ou une autre entité** et que la personne décédée est le seul signataire autorisé de la société/l'entité, nous exigeons une copie du document de statut constitutif affichant le nom du signataire autorisé.
- **Si le bénéficiaire désigné est la succession du défunt**, l'Empire Vie exigera une copie notariée du testament. Au Québec, nous exigeons une copie notariée du testament ainsi que des certificats de recherche testamentaire du Barreau du Québec et de la Chambre des notaires.

RAISONS POUR LESQUELLES NOUS DEVONS OBTENIR LE NAS OU LE NIE DU DEMANDEUR :

Cette information est requise pour la déclaration de tout revenu imposable payé au demandeur.

- Si le demandeur n'a jamais eu de numéro, veuillez nous en aviser.
- Si le bénéficiaire est la succession de la personne décédée, le numéro d'assurance sociale (NAS) du demandeur n'est pas requis.
- Si le demandeur refuse de fournir son NAS, il doit nous en aviser par écrit.
- Si le demandeur n'est pas un résident du Canada, il doit fournir son numéro d'identification fiscale dans son pays de résidence (p. ex., le numéro de sécurité sociale pour les résidents des États-Unis). Il doit également nous faire parvenir une photocopie d'un document émis par un gouvernement afin que nous vérifiions son statut de résidence.

SI LE PRODUIT DE L'ASSURANCE EST VERSÉ À LA SUCCESSION DU DÉFUNT :

- Si le bénéficiaire est la succession du défunt, le numéro d'assurance sociale (NAS) du demandeur n'est pas requis.
- **Si la personne décédée a laissé un testament** – La *Déclaration du demandeur* doit être remplie par le liquidateur et soumise accompagnée des documents suivants :
 - Pour les successions au Québec, si le produit de la police est de 100 000 \$ ou plus, une copie notariée du testament et les certificats de recherche testamentaire, **OU** une copie notariée d'un testament olographe ou un testament rédigé en présence de témoins et un jugement relatif à l'homologation.
 - Pour les successions de l'extérieur du Québec, si le produit est de 100 000 \$ ou plus, une copie notariée du testament homologué. Si le testament n'est pas homologué, une copie notariée du testament accompagnée d'un affidavit (l'Empire Vie fournira l'affidavit).
- **Si la personne décédée n'a pas laissé de testament** – La *Déclaration du demandeur* doit être remplie par un administrateur désigné par un tribunal ou, au Québec, par l'héritier et soumise accompagnée des documents suivants :
 - Pour les successions au Québec, les copies notariées des recherches testamentaires et de la déclaration de succession notariée.
 - Pour les successions de l'extérieur du Québec, une copie notariée des lettres d'administration et du certificat de désignation des fiduciaires de la succession sans testament.

SI LA POLICE A ÉTÉ CÉDÉE EN GARANTIE ET QU'AUCUNE RÉTROCESSION N'A ÉTÉ SOUMISE :

Le cessionnaire et le bénéficiaire ou la succession doivent remplir la *Déclaration du demandeur*. Le produit sera versé par chèque à l'ordre conjoint du cessionnaire et du bénéficiaire ou de la succession.

Note : L'Empire Vie pourrait demander des documents additionnels autres que ceux indiqués ci-dessus, si elle le juge nécessaire.

3. À remplir uniquement pour les demandes de règlement d'assurance vie individuelle

À votre connaissance, le défunt a-t-il déjà fait usage de cigarettes, de cigarillos, de plus de 12 gros cigares, de petits cigares, de hachich, de tabac à chiquer, de substituts de nicotine, de tabac à priser, de marijuana, de noix de bétel ou de la pipe?

oui non inconnu – si « oui », veuillez indiquer la quantité par jour :

Cigarettes _____ Pipe/cigare _____ Marijuana _____ Autres produits _____

Pendant combien de temps le défunt a-t-il fait usage de ces produits? _____

Le défunt a-t-il déjà cessé d'utiliser ces produits? oui non inconnu

Si oui, veuillez spécifier quand et pendant combien de temps :

Cause du décès (nous ne verserons aucun règlement sans cette information). S'il s'agit d'un cancer, veuillez nous préciser le type de cancer, s'il est connu.

Date approximative du début de la condition du défunt :

j	j	-	m	m	-	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Indiquez le nom du médecin habituel du défunt et celui de tout autre médecin que le défunt a consulté dans les cinq dernières années :

Prénom du médecin <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>					Nom de famille <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>					Date de la visite <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table>						

Adresse (numéro et rue) <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				Ville <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				Province <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 100%;"></td></tr></table>		Code postal <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>				

Raison <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				N° de téléphone <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>					

Prénom du médecin <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>					Nom de famille <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>					Date de la visite <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table>						

Adresse (numéro et rue) <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				Ville <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				Province <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 100%;"></td></tr></table>		Code postal <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>				

Raison <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				N° de téléphone <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>					

Prénom du médecin <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>					Nom de famille <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>					Date de la visite <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table>						

Adresse (numéro et rue) <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				Ville <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				Province <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 100%;"></td></tr></table>		Code postal <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>				

Raison <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				N° de téléphone <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>					

Fournissez le nom de tous les hôpitaux, cliniques ou institutions où le défunt a subi des traitements au cours des cinq dernières années et les dates des traitements.

Nom de l'hôpital, de l'institution ou de la clinique <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				Date du traitement <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>					

<table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				Date de la visite <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table>						

<table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				Date de la visite <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table>						

<table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				Date de la visite <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table>						

Indiquez toutes les autres polices établies par d'autres assureurs au titre desquelles une demande de règlement est déposée :

Nom de l'assureur <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				N° de police <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>					

Type d'assurance <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				Date d'établissement de la police <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table>							Montant de protection <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr></table> \$					

Nom de l'assureur <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				N° de police <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>					

Type d'assurance <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				Date d'établissement de la police <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table>							Montant de protection <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr></table> \$					

Nom de l'assureur <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				N° de police <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>					

Type d'assurance <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>				Date d'établissement de la police <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table>							Montant de protection <table style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr></table> \$					

4. Processus double de vérification de l'identité du demandeur

(Requis uniquement pour les contrats de placements non enregistrés et les polices d'assurance vie avec valeurs de rachat)

Veillez entrer l'information requise dans la section « Source » et fournir les documents indiqués lorsque vous soumettez la présente déclaration du demandeur. Fournissez des documents de DEUX différentes sources fiables d'information (source 1, source 2 et/ou source 3). Une source fiable est une source d'information émanant d'un émetteur digne de confiance.

Nous acceptons une version originale des documents ou une copie télécopiée, numérisée ou électronique des documents originaux. Tous les documents doivent être à jour, valides, lisibles et authentiques et les deux documents ne peuvent provenir du même émetteur.

SOURCE 1 :	<ul style="list-style-type: none">• Facture d'un fournisseur canadien de services publics• Document d'évaluation de l'impôt foncier délivré par un gouvernement canadien• Certificat d'immatriculation du véhicule délivré par un gouvernement canadien• Relevés de prestations délivrés par un gouvernement canadien• Pièce d'identité avec photo émise par un gouvernement canadien• Document délivré par l'Agence du revenu du Canada tel qu'un avis de cotisation• Relevé T4, relevé d'emploi, relevé de compte de placement notamment pour un REER ou un CIG émis au Canada
-------------------	--

SOURCE 2 :	<ul style="list-style-type: none">• Document délivré par un gouvernement canadien :<ul style="list-style-type: none">• Pièce d'identité avec photo• Carte de résidence permanente ou certificat de citoyenneté• Certificat de naissance original ou certificat de mariage• Documents de divorce• État de compte du cotisant au RPC/RRQ• Document d'une agence canadienne d'évaluation du crédit (indiquant la présence de deux comptes ou marges de crédit actifs pendant au moins six mois), document de crédit canadien existant depuis au moins six mois ou document d'assurance (habitation, automobile, vie)• Visa de voyage délivré par un gouvernement étranger
-------------------	--

SOURCE 3 :	<ul style="list-style-type: none">• Un relevé bancaire ou de carte de crédit• Un état de compte de prêt hypothécaire• Une lettre d'une entité financière confirmant l'existence d'un compte de dépôt, de carte de crédit ou de prêt
-------------------	---

Source et type de document (p. ex., source 1 – évaluation de l'impôt foncier au Canada)	Nom de la personne comme indiqué sur le document	N° de compte ou de référence

5. Personnes politiquement exposées

(Requis uniquement pour les contrats de placements non enregistrés et les polices d'assurance vie avec valeurs de rachat)

1. Avez-vous, ou l'un de vos proches parents* a-t-il, ou l'une des personnes qui vous sont étroitement associées a-t-elle déjà :**

a) occupé l'un des postes suivants au cours des cinq dernières années au Canada?

- gouverneur général, lieutenant-gouverneur, ou chef d'un gouvernement fédéral ou provincial;
- membre du Sénat ou de la Chambre des communes, ou membre d'une assemblée législative provinciale;
- sous-ministre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement provincial, ou un poste équivalent;
- chef d'un organisme gouvernemental fédéral ou provincial;
- chef ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative;
- maire d'une ville, d'un village ou d'une municipalité rurale ou métropolitaine;
- président d'une société détenue en propriété exclusive par Sa Majesté du chef du Canada ou d'une province;
- officier militaire avec rang de général ou rang supérieur;
- juge d'une cour d'appel provinciale, de la Cour d'appel fédérale ou de la Cour suprême du Canada; ou
- ambassadeur ou attaché ou conseiller d'un ambassadeur.

b) occupé l'un des postes suivants dans un pays autre que le Canada?

- chef d'État ou de gouvernement;
- membre du conseil exécutif de gouvernement ou d'une assemblée législative;
- chef ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative;
- sous-ministre ou titulaire d'une charge de rang équivalent;
- dirigeant d'une agence gouvernementale;
- officier militaire avec rang de général ou rang supérieur;
- juge;
- président d'une banque ou d'une société d'État; ou
- ambassadeur ou attaché ou conseiller d'un ambassadeur.

2. Êtes-vous, ou l'un de vos proches parents* est-il, ou l'une des personnes qui vous sont étroitement associées est-elle le dirigeant d'une organisation internationale[±] ou d'une organisation établie par une organisation internationale^{±±}?**

Pour les questions 1 et 2 :

oui **non** Si « oui », veuillez fournir des détails : _____

* Un proche parent correspond à un enfant, une mère, un père, un époux/conjoint uni civilement/conjoint de fait, la mère ou le père de votre époux/conjoint uni civilement/conjoint de fait ou l'enfant de votre mère ou de votre père.

** Une personne étroitement associée est une personne avec qui le titulaire a un fort lien pour des raisons professionnelles ou personnelles.

[±] Le dirigeant d'une organisation internationale est la personne principalement responsable de diriger l'organisation, tel qu'un président ou un chef de la direction.

^{±±} Une organisation internationale est établie par les gouvernements de plusieurs pays au moyen d'un accord officiel signé par les gouvernements; p. ex., la Banque mondiale, le Fonds monétaire international, l'Organisation mondiale de la Santé, le Forum international de l'énergie et la Cour pénale internationale.

6. Information importante

AVIS CONCERNANT LA FRAUDE : Toute personne déposant sciemment une demande de règlement contenant toute information fausse ou trompeuse pourrait faire l'objet de sanctions civiles et/ou criminelles. De plus, si le proposant ou le demandeur présentait toute information fausse ou trompeuse importante liée à la demande de règlement ou à la proposition d'assurance, un assureur pourrait refuser la demande de règlement.

AVIS CONCERNANT LE DÉLAI DE PRESCRIPTION : Toute action ou poursuite intentée contre un assureur pour recouvrer des sommes d'assurance payables dans le cadre d'une police/d'un contrat est absolument non avenue, à moins qu'elle n'ait débuté pendant le délai prévu par la *Loi sur les assurances* (pour la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour l'Ontario) ou toute autre législation applicable (pour les autres provinces ou territoires).

AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : Afin de maintenir la confidentialité de vos renseignements personnels et de ceux du défunt, l'Empire Vie établira un dossier contenant les renseignements fournis dans la demande de règlement. Le but de ce dossier est de permettre à l'Empire Vie, à ses réassureurs et à leurs agents d'évaluer la demande. Nous conserverons le dossier à nos bureaux et seuls les membres du personnel, les agents, les tiers fournisseurs de service et les représentants de l'Empire Vie y auront accès lorsque requis dans l'exécution de leurs fonctions. L'Empire Vie peut avoir recours à des tiers fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de vos 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. La plus récente version de notre politique en matière de protection des renseignements personnels se trouve sur notre site au www.empire.ca.

7. Déclaration, attestation, autorisation et consentement

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente *Déclaration du demandeur* sont exacts et complets.

J'ai lu et compris la section **Information importante pour remplir la Déclaration du demandeur**.

Je reconnais que l'Empire Vie ne confirme pas la validité de toute demande de règlement ni ne renonce à ses droits en faveur de toute demande de règlement découlant de la police en fournissant le présent formulaire, en évaluant la demande, ou en acceptant des preuves de demande de règlement.

J'autorise et j'enjoins tout praticien de la santé, tout hôpital, toute clinique ou toute autre institution médicale ou établissement de santé, tout assureur, toute agence gouvernementale, tout employeur ou ancien employeur ou toute autre organisation, institution ou personne qui a de l'information concernant _____ (nom du défunt) à divulguer à l'Empire Vie, à ses réassureurs et à leurs agents respectifs tout renseignement personnel nécessaire concernant le défunt requis par eux dans le but d'évaluer cette demande de règlement.

Je consens à ce que l'Empire Vie, ses réassureurs et leurs agents respectifs divulguent tout renseignement personnel concernant le défunt recueilli ou utilisé afin d'évaluer la présente demande les uns aux autres, à MIB Inc. et à tout assureur autorisé à obtenir cette information à titre de membre de MIB Inc.

SIGNATURE DU DEMANDEUR INDIVIDUEL

Signature du demandeur

X

Signée à (ville et province)

--

Date

j j - m m - a a a a

SIGNATURE DES REPRÉSENTANTS DE LA SOCIÉTÉ/DE L'ENTITÉ

Si le demandeur est une société ou une autre entité, nous demandons la signature de deux dirigeants de la société/de l'entité et leur titre, **OU** la signature d'un dirigeant de la société et le sceau de la société, **OU** la signature d'un dirigeant et une coche à la mention « Un seul signataire autorisé à lier la société » ainsi qu'un formulaire C-0044 dûment rempli.

Premier signataire autorisé de la société/l'entité

X

Prénom

--

Nom de famille

--

Titre

--

Un seul signataire autorisé à lier la société

Deuxième signataire autorisé de la société/l'entité

X

Prénom

--

Nom de famille

--

Titre

--

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli et tout document justificatif à l'Empire Vie :

Par la poste :

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

Télécopieur : 1 800 419-4051

Courriel :

ind_investment@empire.ca pour un règlement de placement
individualclaims@empire.ca pour un règlement d'assurance vie