

# PROPOSITION D'ASSURANCE

# PROTECTION VIE GARANTIE<sup>MC</sup>



## Liste de vérification (veuillez joindre à cette proposition tout ce qui figure ci-dessous)

- Le titulaire/l'assuré a soumis le paiement de la prime initiale avec la proposition ou débits préautorisés a été rempli.
- L'information bancaire pour les paiements par débits préautorisés (DPA) a été fournie (s'il y a lieu).
- La détermination des intérêts de tiers a été réalisée.
- Un formulaire provincial de remplacement a été rempli, s'il y a lieu.
- Le titulaire/l'assuré proposé a reçu la page « **Renseignements importants à l'intention du consommateur** » (section 7).

Les polices sont établies par :

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie

Veuillez envoyer la copie dûment signée à :

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

[www.empire.ca](http://www.empire.ca)



## Renseignements importants à lire avant de remplir cette proposition

Dans cette proposition, « Empire Vie », « notre », « nos » et « nous » s'entendent de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. *Le masculin singulier est utilisé comme générique pour désigner des personnes, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.*

« Assuré » s'entend de la personne à assurer en vertu de la protection d'assurance et « titulaire » s'entend de la personne qui détiendra le contrat d'assurance. Le titulaire et l'assuré doivent être la même personne. Le titulaire ne peut pas être une société ou toute autre entité juridique, et il ne peut y avoir aucun cotitulaire ou coassuré.

« Conseiller » s'entend de l'agent d'assurance individuelle qui a aidé le titulaire/l'assuré à remplir cette demande.

Le titulaire/l'assuré est responsable de fournir des renseignements complets et exacts dans la proposition et dans tout autre questionnaire ou formulaire connexe.

Le titulaire/l'assuré doit être un résident aux fins de l'impôt. Veuillez consulter les « Lignes directrices pour les immigrants » de l'Empire Vie pour obtenir plus de renseignements.

Le titulaire/l'assuré doit rencontrer le conseiller en personne pour remplir cette proposition.

Cette proposition est destinée uniquement aux assurés dont l'âge tarifé est de 40 ans à 75 ans.

Le montant de protection viager maximal pour l'ensemble des polices Protection vie garantie est de 50 000 \$ pour un assuré ayant un âge tarifé maximal de 50 ans et de 25 000 \$ pour un assuré dont l'âge tarifé est de 51 ans à 75 ans.

Nous n'offrons pas d'assurance provisoire pour la Protection vie garantie.

Aucun avenant ni aucune garantie ne peuvent être ajoutés à cette police.

Aucun transfert de propriété n'est possible.

Veuillez écrire lisiblement avec un crayon à l'encre noire. N'utilisez pas de marqueurs ni de crayons à mine. Assurez-vous de cocher clairement les cases. N'utilisez pas de guillemets de répétition.

Si vous faites une erreur, rayez-la et apposez vos initiales à côté de celle-ci, puis apportez la correction. N'effacez pas et n'utilisez pas de liquide correcteur.

Apposez vos initiales à côté de tout ajout effectué après avoir signé la proposition. La proposition constitue un document juridique, qui fait partie intégrante du contrat de police, si un contrat de police est établi et prend effet.

# 1. RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

|  |   |  |  |  |   |                           |            |              |                 |
|--|---|--|--|--|---|---------------------------|------------|--------------|-----------------|
| <b>1.1 Langue</b>  | Si la langue n'est pas précisée, nous communiquerons dans la langue de cette proposition. <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais  |  |  |  |   |                           |            |              |                 |
| <b>1.2 Titulaire/assuré</b><br>L'âge tarifé du titulaire/de l'assuré doit être de 40 ans à 75 ans inclusivement.<br>* Un fumeur est une personne qui a, dans les 12 derniers mois, fumé plus de 12 gros cigares ou fait usage de tout autre produit du tabac, incluant la cigarette, la cigarette électronique, le cigarillo, la pipe, le tabac à chiquer, les timbres ou la gomme à la nicotine ou les noix de bétel.<br>** L'adresse de courriel ne sera utilisée pour vous joindre que dans le cadre de cette demande et de toute police établie basée sur cette demande, à moins que vous n'autorisiez d'autres communications.  | Prénom<br>  | Initiale<br>   | Nom de famille<br>   | Adresse (numéro, rue)<br>  |   |                           | Ville<br>  | Province<br> | Code postal<br> |
| <input type="radio"/> Homme<br><input type="radio"/> Femme   |   | Date de naissance<br>  j   j   -   m   m   -   a   a   a   a |  | Numéro d'assurance sociale<br>                                     |   |                           |            |              |                 |
| Pays natal<br>   |   |  |  |  |   |                           |            |              |                 |
| <input type="radio"/> Fumeur*<br><input type="radio"/> Non-fumeur  |   | N° de téléphone principal<br>        -                       |  | Autre numéro de téléphone<br>        -                             |   |                           |            |              |                 |
| Adresse de courriel**<br>  |   |  |  |  |   |                           |            |              |                 |
| <b>1.3 Vérification de l'identité du titulaire</b><br>Si le titulaire ne possède pas de pièce d'identité valide émise par le gouvernement, veuillez remplir la section 1.2 du formulaire D-0011 «Vérification de l'identité du (des) titulaire(s)/détermination des personnes politiquement vulnérables et des intérêts tiers».  | Le conseiller doit vérifier l'identité du titulaire en sa présence à l'aide d'une pièce d'identité délivrée par le gouvernement. Celle-ci doit être valide, à jour et originale et doit comporter une photo. Le conseiller doit confirmer que la photo est celle du titulaire et que le nom correspond bien au nom inscrit dans la proposition. |  |  |  |   |                           |            |              |                 |
| <input type="radio"/> Passeport <input type="radio"/> Permis de conduire <input type="radio"/> Carte d'assurance maladie provinciale (sauf au Man., en Ont. et à l'Î.-P.-É.)<br><input type="radio"/> Autre _____  |   |  |  |  |   |                           |            |              |                 |
| Numéro de la pièce d'identité<br>  |   |  |  | Date d'expiration<br>  j   j   -   m   m   -   a   a   a   a       |   |                           |            |              |                 |
| Jurisdiction et pays d'émission<br>  |   |  |  | Date de la vérification<br>  j   j   -   m   m   -   a   a   a   a |   |                           |            |              |                 |
| <b>De quel pays êtes-vous résident aux fins de l'impôt?*</b> (Veuillez cocher tout ce qui s'applique)<br><input type="radio"/> Canada*<br><input type="radio"/> États-Unis (résident ou citoyen) – Numéro d'identification fiscale (TIN) : _____<br>Si vous n'avez pas de TIN américain, en avez-vous déjà demandé un? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non<br><input type="radio"/> Autre – Précisez le pays : _____ TIN : _____<br><b>Si vous n'avez pas de TIN, veuillez en spécifier la raison :</b><br><input type="radio"/> J'effectuerai une demande, ou j'ai déjà effectué une demande, mais je n'ai pas encore reçu mon TIN.<br><input type="radio"/> La juridiction de ma résidence fiscale n'émet pas de TIN pour ses résidents.<br><input type="radio"/> Autre – précisez la raison _____ |   |  |  |  |   |                           |            |              |                 |
| <b>1.4 Remplacement/historique de l'assurance</b><br>Si la protection demandée a pour but de remplacer une police d'assurance en vigueur ou une police d'assurance résiliée dans les six derniers mois, vous devez remplir un formulaire provincial de remplacement.   | <b>A) Détenez-vous une assurance vie (Vie), maladies graves (MG), décès et mutilation accidentels (DMA) ou invalidité individuelle (II) en vigueur ou en suspens auprès de l'Empire Vie ou d'un autre assureur?</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non<br>Si « oui », remplissez le tableau ci-dessous.                        |  |  |  |   |                           |            |              |                 |
| <input type="radio"/> En vigueur<br><input type="radio"/> En suspens   | <input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG<br><input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II  | Type de régime   | <input type="radio"/> Personnelle<br><input type="radio"/> Professionnelle | Assureur   | Remplacer?<br><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Année d'établissement<br> | Montant \$ |              |                 |
| <input type="radio"/> En vigueur<br><input type="radio"/> En suspens   | <input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG<br><input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II  | Type de régime   | <input type="radio"/> Personnelle<br><input type="radio"/> Professionnelle | Assureur   | Remplacer?<br><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Année d'établissement<br> | Montant \$ |              |                 |
| <input type="radio"/> En vigueur<br><input type="radio"/> En suspens   | <input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG<br><input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II  | Type de régime   | <input type="radio"/> Personnelle<br><input type="radio"/> Professionnelle | Assureur   | Remplacer?<br><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Année d'établissement<br> | Montant \$ |              |                 |
| <input type="radio"/> En vigueur<br><input type="radio"/> En suspens   | <input type="radio"/> Vie <input type="radio"/> MG<br><input type="radio"/> DMA <input type="radio"/> II  | Type de régime   | <input type="radio"/> Personnelle<br><input type="radio"/> Professionnelle | Assureur   | Remplacer?<br><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Année d'établissement<br> | Montant \$ |              |                 |
| Indiquez le numéro de police si le remplacement vise une police de l'Empire Vie :                     L  |   |  |  |  |   |                           |            |              |                 |
| <b>B) Si les demandes sont concurrentes, demandez-vous une seule police?</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non   |   |  |  |  |   |                           |            |              |                 |
| <b>C) Quel est le montant d'assurance total demandé auprès de tous les assureurs?</b> _____ \$   |   |  |  |  |   |                           |            |              |                 |

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Si aucun bénéficiaire n'est désigné pour le titulaire/l'assuré ou que tous les bénéficiaires désignés décèdent avant le titulaire/l'assuré, nous verserons toute prestation payable à la succession du titulaire/de l'assuré. **Les pourcentages pour tous les premiers bénéficiaires doivent totaliser 100 %.** Pour nommer d'autres bénéficiaires, utilisez le formulaire de désignation de bénéficiaires (D-0017).

### Personnes d'âge mineur :

Un bénéficiaire mineur ne recevra pas directement les prestations. À l'extérieur du Québec, vous devez désigner un fiduciaire qui recevra toute prestation au nom d'un bénéficiaire mineur. Au Québec, le parent ou le tuteur légal recevra toute prestation au nom d'un bénéficiaire mineur, à moins que vous n'ayez nommé un administrateur ou créé une fiducie officielle. Lorsque le bénéficiaire atteint la majorité, il recevra directement toute prestation qui lui est due, à moins que vous n'ayez créé une fiducie officielle et que cette fiducie soit en vigueur au moment du versement de la prestation.

### Désignations de bénéficiaire irrévocable et révocable :

Une désignation de premier bénéficiaire est révocable, à moins que vous n'ayez coché la case « Irrévocable ». Au Québec, si un conjoint marié ou en union civile est désigné comme premier bénéficiaire, cette désignation est irrévocable, à moins d'avis contraire. Si vous désignez un premier bénéficiaire de façon irrévocable, vous ne pouvez pas changer ou révoquer ce bénéficiaire ni exercer certains droits et privilèges, comme des retraits ou des cessions, sans le consentement du bénéficiaire irrévocable. **Un bénéficiaire irrévocable d'âge mineur ne peut pas fournir son consentement.** Ainsi, si le bénéficiaire irrévocable est mineur, vous ne pouvez pas changer ou révoquer ce bénéficiaire ni exercer certains droits et privilèges, à moins d'obtenir un jugement du tribunal, là où la loi le permet.

### Désignations de bénéficiaire subsidiaire/subrogé :

Un bénéficiaire subsidiaire/subrogé devient le bénéficiaire si tous les premiers bénéficiaires sont décédés avant l'assuré, selon le cas. Une désignation de bénéficiaire subsidiaire/subrogé est toujours révocable. **Les pourcentages pour tous les bénéficiaires subsidiaires/subrogés doivent totaliser 100 %.**

| Bénéficiaire(s)   |                      |  |  |
|---|----------------------|--|--|
| <b>Prénom</b>   | <b>Second prénom</b> | <b>Nom de famille</b>  | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire   |
| Lien avec titulaire/l'assuré<br><input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Conjoint |                      | <input type="radio"/> Parts égales<br>OU <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
| <b>Prénom</b>   | <b>Second prénom</b> | <b>Nom de famille</b>  | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire   |
| Lien avec titulaire/l'assuré<br><input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Conjoint |                      | <input type="radio"/> Parts égales<br>OU <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
| <b>Prénom</b>   | <b>Second prénom</b> | <b>Nom de famille</b>  | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire   |
| Lien avec titulaire/l'assuré<br><input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Conjoint |                      | <input type="radio"/> Parts égales<br>OU <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
| <b>Prénom</b>   | <b>Second prénom</b> | <b>Nom de famille</b>  | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire   |
| Lien avec titulaire/l'assuré<br><input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Conjoint |                      | <input type="radio"/> Parts égales<br>OU <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |





## 6. RAPPORT DU CONSEILLER

Dans ce rapport, « vous », « votre » et « vos » s'entendent du conseiller qui a sollicité la proposition. La personne qui a sollicité la proposition, le maître de stage (s'il y a lieu) et le conseiller attiré, s'ils diffèrent de la personne qui a sollicité la proposition, doivent signer à la section 6.5.

Si un adjoint administratif détenteur d'un permis a rempli la proposition en ne fournissant aucun conseil, il doit signer à la section 6.6 et le conseiller attiré doit signer la section 6.5.

Le premier conseiller qui est nommé sera le conseiller attiré. \* Le conseiller attiré doit recevoir une part de la commission.

|            |  |  |  |   |   |
|------------|--|--|--|---|---|
| <b>6.1</b> | <b>Divulgarion des renseignements</b>  | <b>REQUIS</b> : Avez-vous rencontré le titulaire/l'assuré en personne? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non   |  |   |   |
|            |  | Avez-vous effectué une analyse des besoins de l'acheteur pour appuyer cette proposition? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non<br>Au Québec, vous devez fournir ces renseignements au client au plus tard à la date de livraison de la police.   |  |   |   |
| <b>6.2</b> | <b>Renseignements sur le conseiller</b>  | <b>L'assurance erreurs et omissions (AEO) doit être valide dans la province ou le territoire où la proposition a été sollicitée et signée. L'Empire Vie doit avoir en dossier un permis valide, sinon le traitement sera retardé jusqu'à réception de ce document.</b>                                 |  |   |   |
|            |  | Nom du <b>conseiller attiré</b> (prénom, nom de famille)   | Code du conseiller   | <b>AEO</b> valide en dossier?<br><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non  | Part (%)*<br><input type="text"/>               |
|            |  | Nom du conseiller (prénom, nom de famille)   | <input type="text"/>   | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non                                   | <input type="text"/>                            |
|            |  | Nom du conseiller (prénom, nom de famille)   | <input type="text"/>   | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non                                   | <input type="text"/>                            |
| <b>6.3</b> | <b>Renseignements sur l'agent général (AG)/ l'agent associé général (AAG)/ l'agent général administrateur (AGA)/le compte national</b> | Nom de l'AG, de l'AAG, de l'AGA ou du compte national<br><input type="text"/>  |  |   |   |
|            |  | Personne-ressource de l'AG, de l'AAG, de l'AGA ou du compte national<br><input type="text"/>   |  |   |   |
|            |  | Numéro de téléphone de la personne-ressource<br><input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>   |  | Adresse de courriel de la personne-ressource<br><input type="text"/>                  |   |
|            |  | Cette vente a-t-elle été effectuée par l'entremise d'un compte national? <input type="radio"/> oui   |  |   |   |
|            |  | Cette vente a-t-elle été effectuée par l'entremise du site empirevie.ca? <input type="radio"/> oui   |  |   |   |
|            |  | Prénom du spécialiste/conseiller pour l'assurance<br><input type="text"/>  |  | Nom de famille<br><input type="text"/>  |   |
|            |  | Code du conseiller<br><input type="text"/>   | Numéro de téléphone d'affaires<br><input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |   |   |
| <b>6.4</b> | <b>Détermination des intérêts d'un tiers</b>   | <b>Une personne autre que le titulaire/l'assuré paiera-t-elle les primes (y compris la prime initiale)?</b><br><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non   |  |   |   |
|            |  | Prénom<br><input type="text"/>   |  | Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité<br><input type="text"/> |   |
|            |  | Date de naissance<br><input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> - <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> - <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> |  | Adresse (numéro, rue)<br><input type="text"/>   |   |
|            |  | Ville<br><input type="text"/>  |  | Province<br><input type="text"/>  | Code postal<br><input type="text"/>             |
|            |  | Nom de l'employeur<br><input type="text"/>   |  |   |   |
|            |  | Titre du poste<br><input type="text"/>   |  |   |   |
|            |  | Emploi*<br><input type="text"/>  |  |   |   |
|            |  | Lien avec le titulaire/l'assuré<br><input type="text"/>  |  |   |   |
|            |  | Compétence d'enregistrement (p. ex., pays, province, territoire)<br><input type="text"/>   |  |   | Numéro d'enregistrement<br><input type="text"/> |

**Vous devez répondre par « oui » ou par « non ». Si la réponse est « oui », remplissez toute la section.**

Si le tiers est une personne morale (p. ex., partenariat, société ou autre entité), veuillez joindre une copie du document constitutif et du document établissant la compétence de tout signataire autorisé.

\* Si la personne est retraitée, indiquez l'emploi précédent. Si elle est un travailleur autonome, veuillez préciser la nature de l'entreprise. Si la personne est sans emploi, veuillez en spécifier la raison.



## 7. RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS À L'INTENTION DU CONSOMMATEUR

### Vos renseignements personnels et votre vie privée

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (« Empire Vie ») accorde de l'importance au respect de votre vie privée. Nous conserverons les renseignements personnels que nous avons recueillis ou obtenus à votre sujet dans un dossier confidentiel. Nous utiliserons ou communiquerons vos renseignements personnels aux seules fins pour lesquelles ils ont été recueillis, à moins que vous ne consentiez à ce qu'ils soient utilisés ou communiqués pour d'autres fins ou lorsque la loi l'exige ou le permet. L'Empire Vie, ses réassureurs ainsi que leurs agents et leurs représentants utiliseront vos renseignements personnels de façon continue afin d'évaluer les propositions d'assurance applicables, d'apprécier le risque et d'évaluer toute demande de règlement en vertu d'une police, si celle-ci est établie, d'administrer les polices applicables et de répondre aux questions sur celles-ci, de vous fournir les renseignements concernant les produits et les services de l'Empire Vie et de nous aider à constamment améliorer notre service et à mettre en place des programmes à l'intention de nos clients.

Nous recueillerons votre numéro d'assurance sociale (NAS), au besoin, aux fins des déclarations de l'impôt sur le revenu.

Nous ne l'utiliserons pas à d'autres fins sans votre consentement, à moins que la loi ne l'exige. L'accès aux dossiers de nos clients est limité aux membres du personnel de l'Empire Vie, aux agents, aux représentants et aux tiers fournisseurs de services de l'Empire Vie, tel qu'il est requis pour accomplir leurs fonctions. L'Empire Vie peut utiliser des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et le stockage de vos renseignements personnels. Vous-même ou toute personne que vous aurez autorisée pourrez demander d'accéder à votre dossier et, s'il y a lieu, de le faire corriger. Vous pouvez également nous demander de ne pas vous transmettre de renseignements au sujet des autres produits et services de l'Empire Vie. Pour ce faire ou pour poser des questions concernant la collecte, l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels, nous vous prions de faire parvenir votre demande écrite à l'Empire Vie à l'adresse indiquée ci-dessous :

**Chef de la protection des renseignements personnels**

**L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**

**259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8**

Pour accéder à un exemplaire de la plus récente version de notre politique en matière de protection des renseignements personnels, veuillez visiter notre site Web à [www.empire.ca](http://www.empire.ca).

### Assurance et placements

Avec simplicité, rapidité et facilité<sup>MD</sup>

<sup>MD</sup> Marque déposée de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. <sup>MC</sup> Marque de commerce de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

