

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PORTAIL DES CONSEILLERS EN ASSURANCE COLLECTIVE

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

Veuillez remplir tous les champs de ce formulaire et le retourner aux Services aux conseillers, Solutions d'assurance collective. Nous enverrons par la suite à chaque utilisateur un courriel détaillant les étapes suivantes du processus d'inscription à nos services en ligne à l'intention des conseillers en assurance collective.

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSEILLER

Pour obtenir un accès pour un adjoint ou une adjointe, vous devez fournir le nom et l'adresse de courriel de la personne sur ce formulaire et signer à des fins d'approbation.

Code de conseiller de l'Empire Vie :

Nom de la société :

Adresse de la société :

Numéro de téléphone :

Nom du conseiller :

Adresse de courriel du conseiller :

Accès aux relevés de rémunération? oui non

S'il y a lieu :

Nom de l'adjoint :

Adresse de courriel de l'adjoint :

Accès aux relevés de rémunération? oui non

Nom de l'adjoint :

Adresse de courriel de l'adjoint :

Accès aux relevés de rémunération? oui non

CONDITIONS

En m'inscrivant pour obtenir l'accès au portail des conseillers en assurance collective de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (« Empire Vie »), j'accepte d'assumer la responsabilité pour toutes les actions réalisées au moyen de mon code d'utilisateur et de mon mot de passe de l'Empire Vie. Je ne partagerai mon code d'utilisateur ni mon mot de passe avec aucune autre personne, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de ma société. Je ne me servirai du code d'utilisateur d'aucune autre personne pour accéder au portail des conseillers en assurance collective de l'Empire Vie. Je comprends bien que l'utilisation du portail des conseillers en assurance collective de l'Empire Vie est assujettie aux règles et procédures de l'Empire Vie, telles qu'elles peuvent être modifiées de temps à autre, et j'accepte de m'y conformer. Si mon association avec la société précitée et/ou l'Empire Vie prend fin, je conviens qu'il est de ma responsabilité de cesser immédiatement d'utiliser mon code d'utilisateur et mon mot de passe.

L'Empire Vie se réserve le droit de révoquer ou de modifier les conditions de mon accès sans m'en aviser.

J'ai lu l'entente et je consens aux dispositions précitées.

Signature du conseiller : _____

Date : _____

Nom du conseiller : _____

Date : _____

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE À :

Services aux conseillers en assurance collective

259, rue King Est

Kingston ON K7L 3A8

Télécopieur : 1 888 841-9145

Courriel : group.advisor@empire.ca