

# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LE CONJOINT - ASSURANCE COLLECTIVE

Police n°	Division n°	Nom de famille de l'employé, initiale du prénom
-----------	-------------	---

Toute référence à des tests, à des résultats ou à des analyses exclut les tests génétiques.

**Un test génétique est défini comme l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de maladies ou de risques de transmission verticale, ou la surveillance, le diagnostic ou le pronostic; l'analyse génétique porte un sens similaire. Ne divulguez aucun renseignement sur des tests génétiques dans ce formulaire ou tout autre questionnaire ou formulaire.**

Dans ce formulaire, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, et le masculin singulier est utilisé comme générique pour désigner des personnes dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

**Veillez écrire lisiblement en LETTRES MOULÉES et répondre entièrement à toutes les sections.**

Nom du titulaire de la police d'assurance collective (employeur)

Nom du titulaire du certificat (employé)

## 1.0 Renseignements sur le conjoint

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)

Adresse (numéro, rue)

Ville

Province

Code postal

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Homme  
 Femme

Taille

pi/po  
 cm

Poids

lb  
 kg

Changement de poids depuis un an

Gain  
 Perte

lb  
 kg

Raison du changement de poids (s'il s'agit d'une grossesse, veuillez fournir la date d'accouchement prévue)

Emploi

Numéro de téléphone personnel

Adresse de courriel personnelle

Toute correspondance relative à ce formulaire doit être envoyée au :  domicile  lieu de travail de l'employé

Autorisez-vous l'Empire Vie à communiquer avec vous par courriel à propos de cette demande?  oui  non

## 2.0 Renseignements personnels

Avez-vous un médecin ou un infirmier clinicien habituel?  oui  non Si vous répondez « oui », veuillez fournir les détails suivants :

Nom du médecin ou de l'infirmier clinicien (prénom, nom de famille)

Adresse et numéro de téléphone du médecin ou de l'infirmier clinicien

Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)

Raison de la visite :  Consultation/conseil  Médication  Visite annuelle  
 Traitement/thérapie  Référence  Tests/examens

Détails et résultats de la dernière visite (y compris la médication courante et le dosage, le nom du spécialiste, du médecin ou du professionnel de la santé, le type de traitement, la raison de la référence, les visites à l'urgence) (plus d'espace à la section 2.6) :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu un médecin/un infirmier clinicien dans une clinique ou un hôpital autre que votre médecin habituel?  oui  non Si vous répondez « oui », veuillez fournir les détails suivants :

Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)

Raison de la visite :  Consultation/conseil  Médication  Visite annuelle  
 Traitement/thérapie  Référence  Tests/examens

Détails et résultats de la dernière visite (y compris la médication courante et le dosage, le nom du spécialiste, du médecin ou du professionnel de la santé, le type de traitement, la raison de la référence, les visites à l'urgence) (plus d'espace à la section 2.6) :

# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LE CONJOINT - ASSURANCE COLLECTIVE

Police n°	Division n°	Nom de famille de l'employé, initiale du prénom
-----------	-------------	---

## 2.1 Renseignements médicaux des membres de la famille

Si vous répondez « oui », veuillez remplir la section ci-dessous pour le membre de la famille immédiate. Si inconnu, veuillez indiquer la raison à la section 2.6. Ne fournissez aucun renseignement sur des tests génétiques.

**Est-ce que l'un de vos parents, frères ou sœurs biologiques, vivants ou décédés, a déjà souffert de l'une des conditions suivantes :**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabète</li> <li>• Cancer</li> <li>• Hypertension artérielle</li> <li>• Accident vasculaire cérébral</li> <li>• Maladie du cœur</li> <li>• Maladie polykystique des reins</li> <li>• Anémie aplastique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie du rein</li> <li>• Maladie de Huntington</li> <li>• Démence, y compris maladie d'Alzheimer</li> <li>• Maladie du motoneurone, y compris, mais sans s'y limiter, la SLA (sclérose latérale amyotrophique) ou maladie de Lou Gehrig</li> <li>• Maladie de Parkinson</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie mentale</li> <li>• Suicide</li> <li>• Sclérose en plaques</li> <li>• Sclérose généralisée</li> <li>• Hépatite</li> <li>• Toute autre maladie ou trouble héréditaire</li> </ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
--	---	---	---

Lien	Maladie - si « cancer », indiquez le type	Âge au début de la maladie	Âge si en vie	Âge au décès

## 2.2 Renseignements médicaux

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.6. Nous vous prions d'indiquer la date des événements, la durée, le traitement, le diagnostic, l'état actuel, les dates et les résultats de tout test effectué (à l'exception des tests génétiques), ainsi que les noms et adresses de tous les conseillers médicaux et établissements médicaux.

**Avez-vous déjà souffert de l'une des conditions suivantes, ou vous a-t-on dit que vous en souffriez, ou avez-vous reçu tout traitement ou tout conseil pour l'une d'entre elles?**

<p><b>A Tête et système respiratoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Névrite optique</li> <li>• Troubles de la vue</li> <li>• Cécité/perde de vision</li> <li>• Glaucome</li> <li>• Surdité/perde auditive</li> <li>• Acouphène</li> <li>• Autre trouble ou maladie des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge ou des poumons :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enrouement persistant</li> <li>• Crachements de sang</li> <li>• Perte de la parole</li> <li>• Apnée du sommeil</li> <li>• Tuberculose</li> <li>• Sarcoïdose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fibrose kystique</li> <li>• Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)</li> <li>• Bronchite</li> <li>• Asthme</li> <li>• Emphysème</li> </ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
--	---	---	---

<p><b>B Système neurologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• �pilepsie ou convulsions</li> <li>• �vanouissements</li> <li>• Maux de tête</li> <li>• �tourdissements</li> <li>• Tremblements</li> <li>• Tumeur cérébrale bénigne</li> <li>• Engourdissement ou paralysie</li> <li>• Tout autre trouble ou toute autre affection neurologique :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie de Parkinson</li> <li>• Maladie du motoneurone (maladie de Lou Gehrig/SLA)</li> <li>• Maladie d'Alzheimer</li> <li>• D�ficiency cognitive</li> <li>• Démence</li> <li>• Faiblesse des extr�mit�s</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faiblesse musculaire</li> <li>• Sclérose en plaques</li> <li>• Fourmillements</li> <li>• Perte d'équilibre</li> <li>• Perte de la parole</li> <li>• Paralysie cérébrale</li> <li>• Autisme</li> <li>• Trouble du développement</li> </ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	--	--	---

<p><b>C Troubles psychologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété</li> <li>• Dépression</li> <li>• Trouble bipolaire</li> <li>• Tout autre problème ou trouble émotionnel, comportemental ou psychiatrique :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress</li> <li>• Crises de panique</li> <li>• Schizophrénie</li> <li>• D�ficiency mentale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• �puisement professionnel</li> <li>• Tentative de suicide ou idées suicidaires</li> <li>• Trouble de l'alimentation</li> </ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
--	--	--	---

<p><b>D Cœur et système circulatoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs thoraciques</li> <li>• Angine</li> <li>• Essoufflement</li> <li>• Crise cardiaque (infarctus du myocarde)</li> <li>• Accident vasculaire cérébral</li> <li>• Pontage ou angioplastie</li> <li>• ECG anormal</li> <li>• Toute autre maladie ou tout autre trouble cardiaque, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouls irrégulier</li> <li>• Palpitations</li> <li>• Souffle cardiaque</li> <li>• Stimulateur cardiaque</li> <li>• Hypertension artérielle</li> <li>• Hypercholestérolémie</li> <li>• Hypertrophie du cœur (cardiomyopathie)</li> <li>• Trouble des valvules cardiaques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accident ischémique transitoire (AIT)</li> <li>• Maladie vasculaire périphérique</li> <li>• Enflure des chevilles</li> <li>• Caillot sanguin</li> <li>• Embolie pulmonaire</li> <li>• Hypertension artérielle pulmonaire primitive</li> </ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	--	--	---

# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LE CONJOINT - ASSURANCE COLLECTIVE

Police n°	Division n°	Nom de famille de l'employé, initiale du prénom
-----------	-------------	---

## 2.2 Renseignements médicaux (suite)

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.6. Nous vous prions d'indiquer la date des événements, la durée, le traitement, le diagnostic, l'état actuel, les dates et les résultats de tout test effectué (à l'exception des tests génétiques), ainsi que les noms et adresses de tous les conseillers médicaux et établissements médicaux.

**Avez-vous déjà souffert de l'une des conditions suivantes, ou vous a-t-on dit que vous en souffriez, ou avez-vous reçu tout traitement ou tout conseil pour l'une d'entre elles?**

### E Foie, estomac, vessie, reins et système reproducteur

- Hépatite
- Porteur de l'hépatite
- Cirrhose
- Jaunisse
- Ulcère
- Côlon irritable
- Maladie de Crohn
- Colite
- Diverticulite
- Saignements du rectum
- Diarrhée chronique
- Sang dans les selles
- Calculs biliaires ou troubles de la vésicule biliaire
- Pancréatite
- Maladie du rein, pierres aux reins ou néphrite
- Sang, protéines ou sucre dans l'urine
- Prostatite
- Infection transmissible sexuellement
- Résultat anormal du test Pap
- Résultat anormal du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique

Toute autre maladie ou tout autre trouble touchant :

- Estomac
- Pancréas
- Foie
- Intestins
- Reins
- Vessie ou uretères
- Prostate ou organes reproducteurs de l'homme
- Utérus, ovaires ou col utérin

Veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

oui  non

### F Seins (homme ou femme)

- Biopsie, mammographie, imagerie par résonance magnétique ou échographie mammaire anormales
- Maladie fibrokystique
- Kystes ou bosses
- Tout autre changement ou anomalie des seins : \_\_\_\_\_

oui  non

### G Systèmes sanguin, endocrinien et glandulaire

- Anomalies de la thyroïde, de l'hypophyse, des glandes lymphatiques ou surrénales
- Goitre
- Diabète
- Glycémie anormale
- Anémie
- Trouble de saignement
- Hémophilie
- Tout autre condition ou problème sanguin ou glandulaire : \_\_\_\_\_

oui  non

### H Système musculo-squelettique

- Rhumatisme
- Goutte
- Polyarthrite rhumatoïde
- Arthrose ou tout autre type d'arthrite
- Autre blessure, maladie ou trouble de la colonne vertébrale, du dos ou du cou, des os, des articulations ou des muscles : \_\_\_\_\_
- Fibromyalgie
- Fatigue chronique
- Douleur chronique
- Lupus érythémateux disséminé ou toute forme de lupus
- Dystrophie musculaire
- Paralysie
- Amputation
- Sclérodémie généralisée

oui  non

### I Cancer

- Tumeur
- Polype
- Kyste
- Nodule
- Hypertrophie des ganglions lymphatiques
- Syndrome du nævus dysplasique
- Nævus ou lésions de forme irrégulière qui ont changé d'apparence
- Carcinome basocellulaire
- Mélanome malin
- Leucémie
- Lymphome
- Toute autre forme d'affection ou de croissance maligne : \_\_\_\_\_

oui  non

### J Troubles immunologiques

- Tout trouble immunologique, y compris le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (sida)
- Avez-vous déjà passé un test pour le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), ou vous a-t-on recommandé de le faire?
- Toute infection inexplicée

oui  non

**2.3** Suivez-vous actuellement des traitements ou prenez-vous des médicaments phytothérapeutiques, holistiques ou sur ordonnance? Si « oui », veuillez fournir les détails à la section 2.6.

oui  non

# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LE CONJOINT - ASSURANCE COLLECTIVE

Police n°	Division n°	Nom de famille de l'employé, initiale du prénom
-----------	-------------	---

**2.4** Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.6.

<b>A Avez-vous déjà fait usage de :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Cocaïne</li><li>Héroïne</li><li>LSD</li><li>Marijuana</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Hachisch</li><li>Excitants</li><li>Hallucinogènes</li><li>Amphétamines</li><li>Narcotiques</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Barbituriques</li><li>Tranquillisants</li><li>Autre médicament ou drogue sans ordonnance ou pris d'une façon différente que prescrit</li></ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>B</b> Consommez-vous des boissons alcoolisées? Si « oui », veuillez fournir les détails à la section 2.6.			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>C</b> Avez-vous déjà décidé ou vous a-t-on déjà recommandé de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues, ou avez-vous déjà subi un traitement ou adhéré à un organisme en raison de votre consommation d'alcool ou de drogues, ou avez-vous déjà été condamné pour conduite avec facultés affaiblies ou conduite « au-delà de la limite légale » prévue à l'article 253 a) ou b) du Code criminel?			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>D Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Cigarettes</li><li>Cigarillos</li><li>Cigarette électronique</li><li>Gros cigares</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Petits cigares</li><li>Hachisch</li><li>Tabac à chiquer</li><li>Substituts de nicotine (incluant gomme ou timbres)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tabac à priser</li><li>Marijuana</li><li>Noix de bétel</li><li>Pipe</li></ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

## 2.5 Renseignements supplémentaires requis

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.6.

<b>A</b> Avez-vous déjà eu un trouble, une blessure, une maladie ou une intervention chirurgicale, été hospitalisé ou traité ou subi un test (à l'exception des tests génétiques) pour une condition qui n'est pas mentionnée ci-dessus?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>B</b> Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on déjà recommandé d'avoir une consultation, un examen médical ou un test diagnostique, incluant une imagerie par résonance magnétique, une tomographie par ordinateur, un électrocardiogramme, une radiographie ou une analyse sanguine (à l'exception des tests génétiques)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>C</b> Avez-vous constaté, ou vous plaignez-vous de, tout symptôme concernant votre santé pour lequel vous n'avez pas encore consulté un professionnel de la santé?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>D</b> Avez-vous déjà été invalide ou reçu des prestations de revenu d'invalidité?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>E</b> Êtes-vous actuellement enceinte? Si « oui », veuillez fournir des détails concernant toute complication à la section 2.6.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>F</b> Au cours des 3 dernières années, avez-vous fait des vols à titre de pilote, d'élève pilote ou de membre d'équipage (ou prévoyez-vous le de faire)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>G</b> Au cours des 5 dernières années, avez-vous pratiqué l'une des activités suivantes ou prévoyez-vous pratiquer l'une d'entre elles : plongée sous-marine ou autonome, alpinisme, deltaplane, héliski, ski hors-piste, « cat skiing », parachutisme, vol en ultraléger, course de tout véhicule motorisé, ou tout autre sport ou activité extrême ou dangereux?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>H</b> Vous a-t-on déjà refusé une assurance vie, maladies graves ou invalidité, ou offert une assurance moyennant des restrictions ou une surprime?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>I</b> Au cours des 5 dernières années, vous êtes-vous absenté du travail pendant 15 jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

## 2.6 Détails

Utilisez cette section pour fournir des détails concernant les réponses aux questions portant sur les renseignements médicaux, incluant les dates des événements, la durée, le traitement, le diagnostic, l'état actuel, les dates et les résultats de tout test effectué (à l'exception des tests génétiques) ainsi que les noms et les adresses de tous les professionnels de la santé et établissements médicaux.

Question n°	Détails

## 3.0 Déclaration et autorisation

### Collecte, utilisation et divulgation de mes renseignements personnels

Je (employé, conjoint ou enfant à charge, collectivement « personnes à charge ») fais une demande d'adhésion au régime d'assurance collective de l'Empire Vie. Je comprends que l'Empire Vie a besoin de mes renseignements médicaux et financiers ainsi que de renseignements sur mon emploi et toute autre information nécessaire à l'évaluation de cette demande et à l'administration du régime d'assurance collective (« renseignements personnels »).

Si je suis un conjoint, un enfant à charge ou le parent ou le tuteur légal d'un enfant à charge, je comprends que le régime d'assurance collective est fourni par l'intermédiaire de l'employé qui participe au régime et que l'Empire Vie peut échanger des renseignements personnels avec l'employé.

Le consentement ci-dessous concerne l'employé, le conjoint et l'enfant à charge (ou le parent ou tuteur légal s'il s'agit d'un mineur), selon la situation.

#### Collecte d'information :

J'autorise l'Empire Vie à recueillir des renseignements personnels de toute personne ou organisation qui possède des renseignements pertinents pour cette demande et/ou le régime d'assurance collective de l'employé.

J'autorise les personnes ou les organisations suivantes qui possèdent des renseignements personnels à divulguer ces renseignements à l'Empire Vie :

- l'employeur de l'employé et l'administrateur du régime d'assurance collective;
- le courtier et/ou le conseiller en assurance de l'employeur de l'employé (dans la mesure permise par l'employeur);
- mon médecin et d'autres professionnels de la santé ou praticiens (p. ex., mon pharmacien ou mon dentiste);
- les hôpitaux, les cliniques, les agences de services sociaux et toute autre agence similaire qui m'ont fourni des services;
- les organismes professionnels (par ex., l'Ordre des pharmaciens);
- les organismes d'enquête et les agences gouvernementales (Agence du revenu du Canada);
- les autres assureurs auprès desquels j'ai ou j'avais une protection;
- le MIB, Inc. (un échange de données coopératif créé par le secteur de l'assurance vie et santé); et
- les tiers fournisseurs de services qui fournissent des services en lien avec le régime d'assurance collective (p. ex., paie, adhésion, services de traitement des demandes de règlement, fournisseurs d'un programme d'assistance d'urgence en cours de voyage ou fournisseurs de services paramédicaux).

J'autorise également la collecte de mes renseignements personnels par des tiers fournisseurs de services aux fins de l'évaluation de cette demande et de l'administration de mes demandes de règlement, de celles de mes personnes à charge ou de mes bénéficiaires.

Je comprends que l'Empire Vie ne demandera pas aux participants de subir tout test génétique ni de fournir les résultats de tout test génétique dans le cadre de la proposition ou de toute demande prestations en vertu de ce régime d'assurance collective.

#### Utilisation :

J'autorise l'Empire Vie à conserver les renseignements personnels dans ses dossiers et à les utiliser aux fins suivantes :

- évaluation de la présente demande, de mon admissibilité à la protection, de la nature et du montant d'une telle protection;
- évaluation du risque sur une base continue et décision relative à l'établissement ou au renouvellement d'une police d'assurance collective en vertu de laquelle je pourrais être assuré ou devenir assuré;
- calcul de la prime payable pour une telle assurance;
- administration du régime d'assurance collective, y compris la tenue d'audits et d'enquêtes; et
- offre de garanties et évaluation de toute demande de règlement soumise par l'employé, les personnes à charge ou les bénéficiaires;
- conformité aux lois applicables.

#### Accès/divulgation :

Je comprends que :

- l'Empire Vie conservera mes renseignements personnels dans ses dossiers;
- l'accès à mon dossier est limité aux membres du personnel, aux agents, aux représentants, aux réassureurs, aux tiers fournisseurs de services de l'Empire Vie ainsi qu'aux personnes qui en ont besoin pour accomplir leurs fonctions et aux personnes auxquelles j'ai donné l'autorisation d'y accéder. L'Empire Vie peut stocker mes renseignements personnels en dehors de ma province de résidence, mais à l'intérieur du Canada;
- l'Empire Vie peut également divulguer mes renseignements personnels à des organisations en dehors de ma province de résidence ou du Canada aux fins du traitement et du stockage de mes renseignements personnels. Par conséquent, mes renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois de ces administrations, ce qui peut permettre leur divulgation aux tribunaux, aux autorités d'application de la loi ou aux autres autorités gouvernementales de ces administrations dans certaines circonstances; et
- je peux obtenir une copie de la dernière version de la politique en matière de protection des renseignements personnels en visitant à <https://www.empire.ca/fr/group-privacy-information>. J'ai le droit de consulter mon dossier et, s'il y a lieu, de le faire corriger. Afin d'exercer mes droits, je dois envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Chef de la protection des renseignements personnels, L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, 259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8.

#### Autre :

Je comprends ce qui suit :

- les déclarations dans la présente demande d'adhésion font partie de la demande soumise en contrepartie de l'assurance demandée;
- le sens et l'importance de toutes les questions posées dans ce formulaire de demande, et que toute présentation erronée des faits ou non-divulgation de renseignements dans cette déclaration peut entraîner l'annulation de ma protection;
- le sens des énoncés contenus dans le Préavis concernant MIB, Inc. de la page suivante. Par ailleurs, j'autorise l'Empire Vie et les autres parties indiquées dans le préavis à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels aux fins indiquées dans ce préavis.

Je confirme que les renseignements fournis dans cette déclaration et tout autre document justificatif sont exacts et complets.

**Une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.**

# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LE CONJOINT - ASSURANCE COLLECTIVE

Police n°	Division n°	Nom de famille de l'employé, initiale du prénom
-----------	-------------	---

## 4.0 Signatures

Signature du conjoint <b>X</b>	Date (jj/mm/aaaa)
Signature de l'employé <b>X</b>	Date (jj/mm/aaaa)
Nom de l'employé (Prénom, second prénom, nom de famille)	
Ville	Province

### Veillez retourner le tout à :

Empire Vie  
Sélection des risques médicaux, Assurance collective  
Personnel et confidentiel  
259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8  
Service à la clientèle, Assurance collective : 1 800 267-0215 Télécopieur : 1 888 220-2717  
Courriel : groupmedicalunderwriting@empire.ca

### Préavis concernant MIB, LLC

Sauf lorsque la loi l'exige, nous traiterons les renseignements concernant votre assurabilité de manière strictement confidentielle. L'Empire Vie ou ses réassureurs peuvent cependant en faire un bref rapport à MIB, LLC (MIB). MIB est un organisme sans but lucratif dont font partie les assureurs vie qui s'occupe de l'échange de renseignements pour le compte de ses membres. Si vous demandez une assurance vie, maladie ou invalidité auprès d'une autre société membre de MIB ou que vous soumettez une demande de règlement à cette autre société, MIB donnera à cette société, si elle le demande, les renseignements qu'il a versés à son dossier.

Si vous lui en faites la demande, MIB vous donnera tous les renseignements qu'il a dans votre dossier. Veuillez communiquer avec MIB par courriel à [canadadislosure@mib.com](mailto:canadadislosure@mib.com) ou par téléphone au **866-692-6901**. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements que renferme le dossier de MIB, vous pouvez communiquer avec MIB pour demander une rectification conformément aux procédures indiquées dans la Fair Credit Reporting Act. L'adresse du centre de renseignements de MIB est la suivante :

**MIB, LLC**  
**50 Braintree Hill Park, bureau 400**  
**Braintree, MA 02184-8734**

L'Empire Vie ou ses réassureurs peuvent aussi communiquer des renseignements de leurs dossiers à d'autres assureurs vie auxquels vous vous adressez pour obtenir de l'assurance vie, maladie ou invalidité ou demander des indemnités. Les consommateurs peuvent obtenir plus d'information au sujet de MIB sur son site Web au [www.mib.com](http://www.mib.com).

**Veillez faire une photocopie de ce préavis et le conserver dans vos dossiers.**

Assurance et placements – Avec simplicité, rapidité et facilité<sup>MD</sup>

[www.empire.ca](http://www.empire.ca) [info@empire.ca](mailto:info@empire.ca)

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