

FORMULAIRE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE

Dans le présent formulaire, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Pour alléger le texte, les mots employés au masculin s'entendent également du féminin, selon le contexte.

	N° de groupe	Division	N° de certificat/paie
Prénom de l'employé	Nom de famille		Date de naissance (jj/mm/aaaa)

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI (à remplir par l'administrateur du régime)

Nom de l'employeur/de la division		Code du service (max. 5 caractères)	Emploi
Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	Nombre d'heures de travail par semaine	Date d'effet de la protection (jj/mm/aaaa)	Catégorie
Détails du revenu	Montant	Veillez indiquer si la rémunération est versée sur une base horaire, hebdomadaire, aux deux semaines ou annuelle.	
Taux de rémunération		<input type="radio"/> Horaire _____ Nombre d'heures de travail par semaine	
Salaire		<input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Aux deux semaines <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Annuel <input type="radio"/> Autre _____	
Boni		<input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Aux deux semaines <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Annuel <input type="radio"/> Autre _____	
Commission		<input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Aux deux semaines <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Annuel <input type="radio"/> Autre _____	
Signature de l'employeur X			Date de la signature (jj/mm/aaaa)

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (à remplir par l'employé)

L'Empire Vie pourrait utiliser votre adresse de courriel ou votre numéro de téléphone pour communiquer avec vous à des fins administratives.

<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Province de résidence	Langue : <input type="radio"/> anglais <input type="radio"/> français	État civil : <input type="radio"/> marié <input type="radio"/> célibataire <input type="radio"/> conjoint de fait
Adresse de courriel		Téléphone	Avez-vous une carte d'assurance maladie provinciale? (p. ex., RAMQ, RAMO) <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Paiement des règlements

Dépôt direct de mes paiements d'assurance maladie, d'assurance dentaire et du compte de dépenses de santé (CDS) dans mon compte bancaire (VEUILLEZ JOINDRE UN CHÈQUE PERSONNEL ANNULÉ).

Renseignements sur les personnes à charge - Veillez inscrire toutes les personnes à charge.

Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille distincte.

Prénom	Nom de famille	Lien (conjoint, enfant)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe (H/F)	Personne à charge atteinte d'une déficience âgée de 22 ans ou plus*	Étudiant à temps plein âgé de 22 ans ou plus**	Personne à charge ayant une carte d'assurance maladie provinciale
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui

* Veillez remplir le formulaire concernant une personne à charge atteinte d'une déficience ayant dépassé l'âge d'admissibilité et le soumettre avec le Formulaire d'adhésion à l'assurance collective.

** Veillez remplir ci-dessous les renseignements sur l'étudiant à temps plein : s'il y a plus d'un étudiant, joignez une feuille distincte.

Prénom	Nom de famille	Date de début du trimestre (jj/mm/aaaa)	Date de fin du trimestre (jj/mm/aaaa)
Nom de l'établissement postsecondaire		Si autre que le Canada ou les États-Unis, veuillez inscrire le nom du pays et la date du départ (jj/mm/aaaa)	

3. RENONCIATION/AVIS DE COORDINATION DES GARANTIES

Compréhension du choix

- Je reconnais que l'on m'a offert les garanties du régime d'assurance collective de l'Empire Vie, et que ces garanties m'ont été intégralement expliquées.
- Je renonce, comme indiqué ci-dessous, à tous mes droits et privilèges en ce qui concerne ces garanties.
- Je comprends que si, à une date ultérieure, je demande la protection à laquelle je renonce actuellement, l'Empire Vie pourrait exiger que je fournisse une preuve d'assurabilité, et ce, à mes frais.
- Si l'option de renonciation n'est pas sélectionnée, la protection familiale s'appliquera.

Est-ce que vous ou l'un des membres de votre famille détenez une protection d'assurance maladie complémentaire ou d'assurance dentaire auprès d'un autre assureur? oui non - Si oui, veuillez préciser si la protection est : individuelle familiale

Nom de l'assureur

Renonciation à l'assurance maladie complémentaire et/ou à l'assurance dentaire (droit de renonciation des conjoints) OU coordination des garanties :

Moi-même et/ou les personnes à ma charge sommes déjà assurés en vertu du régime d'assurance collective de mon conjoint et j'aimerais :

- Renoncer à la protection pour moi-même et les personnes à ma charge (aucune assurance maladie complémentaire ni assurance dentaire auprès de l'Empire Vie).
- Renoncer à la protection pour les personnes à ma charge seulement (assurance maladie complémentaire ou assurance dentaire individuelle auprès de l'Empire Vie).
- Coordonner les indemnités (protection de l'assureur du conjoint **et** protection de l'Empire Vie).

Appliquez mon choix comme suit : assurance maladie complémentaire assurance dentaire les deux protections
(Si aucune case n'est cochée, nous appliquerons le choix aux deux protections.)

Renonciation intégrale à TOUTE protection

- Je renonce à toute protection pour moi et les personnes à ma charge (régime à adhésion facultative seulement. Pour plus de détails, veuillez consulter l'administrateur de votre régime.)

4. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES (à remplir seulement pour les prestations payables au décès de l'employé assuré)

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

Désignations de premier bénéficiaire : En l'absence d'un bénéficiaire désigné, la prestation de décès sera versée à la succession de l'employé. Les pourcentages attribués pour tous les bénéficiaires doivent totaliser 100 %. Si vous nommez plus d'un bénéficiaire et que vous n'indiquez pas la part de chacun en pourcentage, toute prestation de décès sera divisée également entre tous les bénéficiaires survivants.

Désignations de bénéficiaires irrévocable et révocable : Une personne d'âge mineur ne devrait pas être nommée bénéficiaire irrévocable. Une personne d'âge mineur nommée bénéficiaire irrévocable ne peut consentir à un changement de bénéficiaire tant qu'elle n'a pas atteint l'âge de la majorité, et un parent ou un tuteur ne peut signer à la place d'une personne d'âge mineur à cette fin. Tous les bénéficiaires sont réputés être révocables, à moins que vous n'ayez coché la case « Irrévocable », sauf au Québec. Au Québec, si un conjoint marié ou en union civile est nommé bénéficiaire, cette désignation est irrévocable, à moins d'indication contraire. Lorsqu'un premier bénéficiaire est irrévocable, son consentement écrit sera exigé pour certaines opérations.

Bénéficiaire(s)

Prénom, second prénom		Nom de famille	Lien
<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)	Date de naissance (si mineur) (jj/mm/aaaa)	Nom du fiduciaire
Prénom, second prénom		Nom de famille	Lien
<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)	Date de naissance (si mineur) (jj/mm/aaaa)	Nom du fiduciaire
Prénom, second prénom		Nom de famille	Lien
<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)	Date de naissance (si mineur) (jj/mm/aaaa)	Nom du fiduciaire

5. DÉCLARATION ET AUTORISATION

Collecte, utilisation et divulgation de mes renseignements personnels

Je fais une demande d'adhésion au régime d'assurance collective de L'Empire, Compagnie d'Assurance Vie (« Empire Vie »). Je comprends que l'Empire Vie a besoin de renseignements personnels me concernant ou concernant mon conjoint ou ma conjointe et mes enfants (collectivement les « personnes à ma charge »), s'il y a lieu, qui sont essentiels à l'évaluation de ma demande ou à l'administration du régime d'assurance collective (les « renseignements personnels »).

Si je fais une demande de protection pour les personnes à ma charge :

- je confirme que je suis autorisé par les personnes à ma charge à divulguer et à recevoir leurs renseignements personnels, à agir en leur nom et à consentir à cette autorisation en leur nom relativement à leurs renseignements personnels;
- je comprends que le régime d'assurance collective est fourni par mon intermédiaire en tant qu'employé qui participe au régime et que l'Empire Vie peut échanger des renseignements personnels avec moi et/ou les personnes à ma charge.

Collecte:

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

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

- mon employeur et l'administrateur du régime d'assurance collective;
- le courtier et/ou le conseiller en assurance de mon employeur (dans la mesure permise par mon employeur);
- mon médecin et d'autres professionnels de la santé ou praticiens (par 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., le collège des pharmaciens);
- les agences gouvernementales ou d'enquête (par ex., l'Agence du revenu du Canada);
- les entités du secteur pharmaceutique (par ex., la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments);
- les autres assureurs auprès desquels j'ai ou j'avais une protection; et
- les tiers fournisseurs de services qui fournissent des services en lien avec le régime d'assurance collective (par 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 renseignements personnels par des tiers fournisseurs de services aux fins de l'évaluation et de l'administration de mes demandes de règlement, ou de celles des personnes à ma charge ou de mes bénéficiaires.

Utilisation :

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

- évaluation de la proposition;
- évaluation du risque sur une base continue et étude 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;
- évaluation de mon admissibilité à la protection, de la nature et du montant d'une telle protection;
- administration du régime d'assurance collective, y compris la tenue d'audits et d'enquêtes;
- offre de garanties et évaluation de mes demandes de règlement, ou de celles des personnes à ma charge ou de mes bénéficiaires; et
- conformité aux lois applicables.

Accès/divulgation :

Je comprends que :

- l'Empire Vie conservera les renseignements personnels dans ses dossiers;
- les membres du personnel de l'Empire Vie, ses représentants, ses réassureurs et ses tiers fournisseurs de services autorisés auront accès à mon dossier aux fins précitées;
- les renseignements personnels peuvent être échangés avec les personnes et organismes susmentionnés, si nécessaire, aux fins précitées. Cependant, les détails relatifs à des problèmes de santé ne seront pas divulgués à mon employeur;
- dans tous les cas, l'Empire Vie limite la collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation des renseignements personnels à ce qui est nécessaire aux fins mentionnées ci-dessus;
- l'Empire Vie peut utiliser des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de renseignements personnels; et
- j'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels contenus dans le dossier, tel qu'autorisé ou exigé par la loi, et, s'il y a lieu, de faire corriger les renseignements inexacts. Je peux consulter la plus récente Politique en matière de protection des renseignements personnels de l'Empire Vie au www.empire.ca.

Autre:

Je comprends que :

- les déclarations dans la présente demande d'adhésion font partie de la demande soumise en contrepartie de l'assurance demandée; et
- toute présentation erronée des faits ou non-divulgation de renseignements dans cette déclaration peut entraîner l'annulation de ma protection.

Je confirme que les renseignements fournis dans la présente demande et tout autre document justificatif sont exacts et complets.

Par la présente, je demande d'être assuré pour les garanties auxquelles je suis admissible ou pourrais devenir admissible et j'autorise les retenues nécessaires sur mon salaire, au besoin.

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

Signature de l'employé

X

Date (jj/mm/aaaa)