

PROPOSITION D'ASSURANCE INVALIDITÉ - ACCIDENT ET MALADIES GRAVES



Si vous manquez d'espace pour répondre à une section, veuillez fournir les détails à la section 4.2.

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

1. Renseignements sur le titulaire de police/le groupe

1.1 Titulaire de police/proposant

Nom officiel de la société :

Quel nom devrait figurer sur vos livrets et cartes des garanties? Nom ci-dessus Autre nom :

Adresse (numéro, rue)

Ville

Province

Code postal

1.2 Administrateur du régime

Administrateur du régime n° 1 (nom)

Numéro de téléphone

Adresse de courriel

Administrateur du régime n° 2 (nom)

Numéro de téléphone

Adresse de courriel

1.3 Secteur d'activité (produits ou services offerts)

1.4 Propriété

Cochez une case : Propriété individuelle Société de personnes Société par actions Société à responsabilité limitée

Nom de tout propriétaire, si propriété individuelle, société de personnes ou société à responsabilité limitée :

1.5 Entreprises liées - à inclure? Oui Non

Si plus d'une entreprise liée, remplissez la section ci-dessous et **joignez une liste** des entreprises liées à la présente proposition.
Avez-vous besoin d'une facturation avec des sous-totaux? Oui Non

Numéro de la division

Dénomination sociale

Nom qui apparaîtra sur le livret et les cartes des garanties

Adresse (numéro, rue)

Ville

Province

Code postal

Nom de l'administrateur du régime

Numéro de téléphone

Adresse de courriel

Lien d'affaires avec le titulaire : Propriété commune Filiale Autre :

Nature de l'entreprise

Nombre d'employés de l'entreprise liée

1.6 DATE D'EFFET DEMANDÉE pour toutes les protections : 0 h 1, heure de l'Est, le :
(jour) (mois) (année)

DURÉE DU RENOUELEMENT DE PREMIÈRE ANNÉE :
15 mois



2. Renseignements sur les employés

2.1 Divisions et description des catégories

N° de division	Catégorie	Description de la catégorie
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si des divisions/catégories supplémentaires sont requises, veuillez remplir une liste distincte intitulée « Annexe de la structure des divisions et des catégories », la signer et la joindre à la présente proposition.

2.2 Définition de salaire (veuillez cocher tout ce qui s'applique)

- Salaire de base Commissions* Bonis**
 Dividendes inclus dans la définition des gains des propriétaires et/ou des dirigeants (moyenne de 3 ans). Catégorie distincte requise.
* Les dividendes payés par une société de portefeuille ne sont pas admissibles en vertu de la définition de salaire.

Si des commissions et/ou des bonis sont inclus, le salaire sera basé sur :

- T4 de l'année civile antérieure ou Moyenne des T4 pour les 2 années précédentes

** Si des bonis sont inclus, veuillez préciser la fréquence des bonis : Annuelle Mensuelle Autre :

Veuillez expliquer comment les bonis sont déterminés ou calculés :

2.3 Nombre total d'employés

Nombre total d'employés à assurer à la date de prise d'effet de la police : _____ Nombre total d'employés : _____

a) Les employés doivent travailler au moins **20 heures par semaine**, résider au Canada, avoir une assurance maladie provinciale, et être embauchés sur une base permanente au Canada. Indiquez le nombre minimal d'heures travaillées par semaine : _____ heures

Des employés sont-ils exclus de la protection? Oui Non - Veuillez expliquer pourquoi :

2.4 Exigences de participation

La participation au régime est Obligatoire* Facultative**

* Si la participation est obligatoire, tous les employés admissibles activement au travail doivent être assurés pour toutes les garanties auxquelles ils sont admissibles. Si l'employeur assume la totalité des frais du régime, la participation au régime est obligatoire.

** Si la participation est facultative, un employé admissible peut refuser toutes les garanties en vertu du régime, sous réserve des normes minimales de participation énoncées dans le contrat. Un employé qui refuse d'être assuré en vertu de la police doit refuser toutes les garanties. Il n'est pas permis de refuser seulement une partie des garanties.

2.5 Contribution à la prime par le titulaire de police

Division : _____

Catégorie : _____

Veuillez indiquer le pourcentage des coûts payé par le **titulaire de police**.

Assurance invalidité - accident et maladies graves*

* Important : si le proposant demande une assurance invalidité - accident et maladies graves de 67 % des gains ou plus, le régime doit être imposable. La désignation d'avantage imposable ou non imposable des indemnités d'invalidité peut varier selon la catégorie d'employés.

2. Renseignements sur les employés (suite)

2.6 Période d'attente	Division : _____
	Catégorie : _____
3 ou 6 mois ou autre durée (veuillez préciser) d'emploi continu : _____	
Période d'attente à appliquer aux : <input type="radio"/> Employés actuellement en période d'attente et employés futurs <input type="radio"/> Employés futurs seulement	

2.7 Législation provinciale sur la sécurité au travail

Tous les employés sont-ils assurés en vertu d'une loi provinciale sur la santé et la sécurité au travail (CSST/CSPAAT/CAT/WorksafeBC)?
 Oui Non Si « Non », certains employés sont-ils exemptés par l'industrie? Oui Non
 Si « Non », veuillez indiquer les employés qui ne sont pas assurés : _____

2.8 Les garanties sont-elles négociées par un syndicat? Oui Non

Si « Oui », veuillez joindre une copie de la convention collective à la proposition et répondre aux questions ci-dessous.

(i) Un **syndicat** négocie-t-il pour toutes les catégories? Oui Non**

** Si « Non », quelles sont les catégories visées par des négociations **syndicales**? _____

(ii) Date de la dernière négociation **syndicale** : _____

2.9 Catégories d'employés

Doit-on assurer des personnes embauchées à titre de contractuels, de conseillers, des membres du conseil d'administration, des actionnaires ou des sous-traitants du titulaire de la police? Oui Non - Si « Oui », veuillez indiquer qui sont ces employés/ assurés ci-dessous.

Important : nous pourrions demander des détails supplémentaires pour déterminer l'admissibilité en vertu des dispositions de la police.

Nom (nom de famille, prénom)	Travaille principalement pour le titulaire de police?	Comment est-il rémunéré?	
		T4/relevé 1	Honoraires de service
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

2.10 Employés n'étant pas activement au travail Oui Non

Veuillez indiquer ci-dessous TOUTE personne qui est actuellement absente du travail pour l'une des raisons suivantes (à l'exception des vacances).

Code de la raison :

- | | |
|---|--|
| (i) Congé de maternité/paternité | (v) Invalidité de courte (IH) ou de longue durée (ILD) assurée par un autre assureur |
| (ii) Mise à pied | (vi) Prestation de maladie de l'assurance-emploi (AE) |
| (iii) Absence autorisée | (vii) Heures réduites/aménagement des tâches/programme de retour progressif au travail |
| (iv) Prestations de santé et sécurité au travail (par ex., CSST/CSPAAT/CAT) | (viii) Autre (veuillez expliquer) |

Nom (nom de famille, prénom)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Code de raison de l'absence	Date du congé ou de l'invalidité	Date prévue de retour au travail	Type de règlement (veuillez préciser le type de règlement pour les codes (iv) à (viii) inclusivement)	Soumis	Approuvé
					<input type="radio"/> Prestations de santé et sécurité au travail <input type="radio"/> IH <input type="radio"/> AE <input type="radio"/> ILD <input type="radio"/> Exonération des primes d'assurance vie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
					<input type="radio"/> Prestations de santé et sécurité au travail <input type="radio"/> IH <input type="radio"/> AE <input type="radio"/> ILD <input type="radio"/> Exonération des primes d'assurance vie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
					<input type="radio"/> Prestations de santé et sécurité au travail <input type="radio"/> IH <input type="radio"/> AE <input type="radio"/> ILD <input type="radio"/> Exonération des primes d'assurance vie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
					<input type="radio"/> Prestations de santé et sécurité au travail <input type="radio"/> IH <input type="radio"/> AE <input type="radio"/> ILD <input type="radio"/> Exonération des primes d'assurance vie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
					<input type="radio"/> Prestations de santé et sécurité au travail <input type="radio"/> IH <input type="radio"/> AE <input type="radio"/> ILD <input type="radio"/> Exonération des primes d'assurance vie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

3. Taux de primes par tranche d'assurance

Nous déterminerons les taux réels des primes à l'établissement du régime selon les renseignements consignés sur les employés à la date d'effet de la police. Important : veuillez inscrire « toutes » dans la rangée « Catégorie » si les taux sont les mêmes pour toutes les catégories.

	Division :	_____
Taux pleinement assurés	Catégorie :	_____
Assurance invalidité - accident et maladies graves (par 100 \$ d'assurance)		_____

4. Tableau des garanties

4.1 ASSURANCE INVALIDITÉ - ACCIDENT ET MALADIES GRAVES

a) Division/Catégorie	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
b) Pourcentage des gains mensuels* ou	_____ %	_____ %	_____ %
c) Échelle graduée (si différent selon la catégorie, indiquez les détails à la section 4.2)	<input type="radio"/> 66,67 % pour la première tranche de 2 250 \$, 50 % pour la tranche de 3 500 \$ suivante, 44 % du solde (par défaut), ou <input type="radio"/> _____ % pour la première tranche de _____ \$, _____ % pour la tranche de _____ \$ suivante, et _____ % de l'excédent		
d) Indemnité mensuelle maximale	_____ \$	_____ \$	_____ \$
e) Délai d'attente (jours)	_____ Blessure _____ Maladie	_____ Blessure _____ Maladie	_____ Blessure _____ Maladie
f) Période d'indemnisation maximale	<input type="radio"/> 2 ans <input type="radio"/> 5 ans <input type="radio"/> 65 ans, moins le délai d'attente	<input type="radio"/> 2 ans <input type="radio"/> 5 ans <input type="radio"/> 65 ans, moins le délai d'attente	<input type="radio"/> 2 ans <input type="radio"/> 5 ans <input type="radio"/> 65 ans, moins le délai d'attente
g) Période relative à la profession habituelle (années)	_____	_____	_____
h) Assurance des survivants	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> 3 mois <input type="radio"/> 6 mois	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> 3 mois <input type="radio"/> 6 mois	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> 3 mois <input type="radio"/> 6 mois
i) Clause d'indexation au coût de la vie	<input type="radio"/> Non, OU _____ %	<input type="radio"/> Non, OU _____ %	<input type="radio"/> Non, OU _____ %
Âge de cessation	65 ans		

* Si le pourcentage des gains mensuels indiqué en b) ci-dessus est de 67 % ou plus et/ou que l'employeur paie une partie de la prime d'assurance invalidité - accident et maladies graves, l'assurance sera établie comme un avantage imposable (peut varier selon la catégorie).

L'intégration RPC/RRQ sera primaire. Le montant maximal des indemnités provenant de toutes les sources est de 85 % du salaire net avant l'invalidité si les avantages ne sont pas imposables ou de 85 % des gains mensuels avant l'invalidité si les avantages sont imposables.

4.2 Corrections, modifications et clarifications (réservé au proposant)

5. Déclarations, autorisations et signatures (suite) (Il doit s'agir de signatures originales.)

5.4 Le proposant atteste que :

- 1) les déclarations et les réponses ci-dessus constituent la proposition pour le contrat et qu'elles en font partie intégrante. De ce fait, les erreurs ou les fausses représentations liées aux renseignements donnés pourraient entraîner l'annulation de la protection, et le proposant certifie que les réponses et les renseignements donnés dans cette proposition et dans les autres documents à l'appui de la présente proposition sont complets, entiers et véridiques;
- 2) advenant le cas où il fait partie d'une société à responsabilité limitée, toutes les parties de la société consentent et autorisent le proposant à engager et à lier la société relativement au présent contrat;
- 3) l'assurance prendra effet conformément aux conditions de la police à être établie au nom du proposant et sous réserve de celles-ci, mais ne peut en aucun cas prendre effet tant que la proposition n'a pas été approuvée par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie);
- 4) il a obtenu le consentement individuel de chaque participant pour recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels requis dans le cadre de l'adhésion au régime et de l'administration du régime;
- 5) il confirme la nomination de tout conseiller identifié à la section 6 de la présente proposition à titre de consultant/représentant attitré pour la présente police. Il autorise ledit consultant/représentant attitré à :
 - a) recevoir toute information pouvant être demandée au sujet des régimes actuels, des régimes futurs ou de toute soumission de contrat d'assurance demandée par toute société d'assurance ou autre organisation qui administre de tels contrats. L'information transmise ne comportera aucun détail sur les demandes de règlement des participants;
 - b) recevoir toute commission quant aux contrats existants ou futurs liés au régime d'assurance collective.

Cette nomination demeurera en vigueur jusqu'à ce qu'elle soit révoquée par le proposant par écrit.

Au nom de Camden Underwriting Agencies Inc., nous reconnaissons et comprenons que le régime d'assurance collective invalidité - accident et maladies graves souscrit et administré n'est pas un régime standard d'assurance collective pour invalidité de longue durée.

Nous reconnaissons qu'aux termes du régime d'assurance invalidité - accident et maladies graves, nos employés ne seront admissibles aux indemnités que dans l'éventualité où leur invalidité découle de l'une des affections assurées couvertes et définies dans la police d'assurance collective. Nous reconnaissons également que l'objectif du régime n'est pas d'offrir une protection contre l'invalidité en général et qu'aucune protection n'est offerte dans le cas d'une invalidité découlant d'une affection qui n'est pas listée dans les « affections assurées ». Les primes payables aux termes de la police d'assurance collective ont été établies en fonction de cette protection restreinte.

À titre de promoteur de régimes, nous reconnaissons qu'il nous incombe de nous assurer que nos participants comprennent la protection limitée offerte par le régime d'assurance collective invalidité - accident et maladies graves.

Nous reconnaissons également que les restrictions et exclusions liées à ce nouveau régime nous ont été expliquées et que nous les comprenons.

Si l'Empire Vie découvre des erreurs ou des omissions dans la présente proposition, elle est autorisée par la présente à modifier celle-ci en inscrivant les changements faits à la section 4.5 intitulée « Corrections, modifications et clarifications ». L'acceptation par le proposant de la police accompagnée d'une copie de la proposition ainsi modifiée représente la ratification de telles « Corrections, modifications et clarifications ».

Fait et signé à _____, le _____^e jour de (d') _____.
(ville et province) (mois) (année)

pour _____
Proposant – dénomination sociale complète de l'entreprise (en lettres moulées)

par **X** _____
Signature d'un représentant autorisé de l'entreprise Nom et titre complets en lettres moulées

par **X** _____
Signature du témoin Nom et titre complets en lettres moulées

6. Renseignements sur le conseiller

Engagement du conseiller :

À ma connaissance, toutes les déclarations dans la présente proposition sont complètes et véridiques.

J'ai lu et compris le contenu du formulaire.

J'ai avisé le proposant de ne pas mettre fin à toute protection actuelle tant qu'il n'a pas reçu un avis stipulant que la proposition pour la protection demandée a été acceptée.

J'ai fourni au proposant un avis de divulgation mentionnant le fait que je puisse recevoir une rémunération sous forme de bonis, de commissions, de participation à des congrès ou d'autres incitatifs ainsi que tout conflit d'intérêts réel ou potentiel.

Je ne suis au courant d'aucune information supplémentaire qui pourrait avoir une incidence sur la sélection des risques et l'acceptation de cette proposition d'assurance collective.

Veillez utiliser cette colonne s'il y a deux conseillers.

Date	Date
Nom de l'entreprise	Nom de l'entreprise
Adresse : numéro, rue, bureau	Adresse : numéro, rue, bureau
Ville Province Code postal	Ville Province Code postal
Numéro de téléphone Numéro de télécopieur	Numéro de téléphone Numéro de télécopieur
Adresse de courriel	Adresse de courriel
Bureau d'assurance collective	Bureau d'assurance collective
Pourcentage du cas	Pourcentage du cas
Nom du conseiller – nom complet en lettres moulées	Nom du conseiller – nom complet en lettres moulées
Signature du conseiller X	Signature du conseiller X

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE :

- 1) toutes les sections requises de la proposition ont été remplies, et que celle-ci est signée et datée à une date antérieure à la date d'effet demandée;
- 2) les formulaires d'adhésion et, s'il y a lieu, les déclarations tenant lieu d'examen médical de tous les employés ont été remplis et joints et que les employés ont été avisés des exigences relatives aux preuves supplémentaires.

^{MD} Marque déposée de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. ^{MC} Marque de commerce de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.
Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Assurance et placements – Avec simplicité, rapidité et facilité^{MD}

www.empire.ca info@empire.ca

