



THE EMPIRE LIFE INSURANCE COMPANY
GROUP NON-MEDICAL DECLARATION

Every question must be fully answered by the Applicant (PLEASE PRINT CLEARLY)

1. Name of Applicant in full			2. (a) Employer		
(LAST)	(FIRST)	(MIDDLE)	(b) Occupation		

3. Date of Birth	4. Height	5. Weight	6. Change in weight in past year?	7. Sex
MONTH DAY YEAR	ft./cm ins.	lbs./kg	lbs./kg increase/decrease	

8. Medical History: (give full details of "yes" answers including diagnosis, dates, duration and names and addresses of attending physicians and medical facilities)	Yes	No	(g) Is your current use of alcohol a reduction from past use?	Yes	No
(a) Have you ever had or ever been treated for: heart trouble, high blood pressure, diabetes, cancer, or tumors, kidney trouble, ulcer or disorder of back, nervous or respiratory systems? (Circle applicable items)			(h) Have you ever sought advice, been treated for, or joined an organization because of alcohol use or has there been an impaired driving conviction?		
(b) Have you ever had any other physical or mental disorder not listed above?			9. Have you done any flying as a pilot within the last 2 years, (Indicate number of hours flown) or participated in any other hazardous sport? (Skydiving, car or motorcycle racing or scuba diving, etc.)		
(c) In the last 5 years have you been absent from work for 15 consecutive days due to sickness or injury?			10. Have you ever applied for life, health or accident insurance which was declined, rated or modified in any way?		
(d) Have you ever received payments for any disability or pension?			11. Have you ever been treated for, tested for, or ever had any known indication of any immunological disorder including AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ARC (AIDS Related Complex) or unexplained infections?		
(e) Have you ever used: cocaine, heroin, amphetamines, narcotics, barbituates, LSD, marijuana, hashish, tranquilizers or similar agents?			12. Do you presently use, or have you in the past 12 months used tobacco, marijuana or nicotine products in any form?		
(f) Do you presently use alcohol? If yes, indicate type, quantity and frequency?					

Details of "yes" answers. (identify question number)

13. (a) Name and address of your physician.....

(b) When and why did you last consult your physician?.....

Yes No	Yes No	Yes No
(c) Treatment <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Medication <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Referral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

If yes, please provide details.....

Declaration

I declare the above statements were accurately recorded and they are true and complete. I understand these statements form part of the application in consideration for the insurance applied for. I also understand and agree that any material misrepresentation or non-disclosure of information on this declaration may render my coverage voidable.

Authorization

I authorize the following individuals or groups to provide and exchange information with The Empire Life Insurance Company (Empire), its reinsurers, their agents or representatives and third party service providers:

- any health care professional or practitioner and any public or private health or social services institution;
- any insurance company or financial institution;
- personal information agents and agencies;
- organizations whose purpose is the prevention, detection or repression of crime or statutory offences;
- my current or my former employers; and
- any other public or private organization that has information concerning me or any of my eligible dependants.

I understand Empire may collect and disclose this information for the purpose of:

- assessing the risk on a continuing basis and considering whether to issue or renew a group policy of insurance under which I might be or become insured;
- determining the premium payable for such insurance; and
- assessing my eligibility for coverage and the nature and amounts of such coverage;
- assessing any claim made by me or my beneficiaries.

I understand this information will be maintained by Empire in a file and only authorized individuals will have access to the file for achieving the purpose outlined above. I also understand I am entitled to consult the file and, when applicable, have it corrected. I can exercise this right by contacting Empire's Head Office in writing.

I agree a photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

Dated at.....this.....day of.....20.....

Witness..... Applicant.....



L'EMPIRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE
Déclaration tenant lieu d'examen médical - Assurance collective

Le proposant doit répondre intégralement à toutes les questions (EN LETTRES MOULÉES)

1. Nom et prénom(s) du proposant			2. (a) Employeur		
			(b) Occupation		
3. Date de naissance	4. Taille	5. Poids	6. Changement de poids depuis un an?	7. Sexe	
JOUR MOIS ANNÉE	pi/cm po	lb/kg	lb/kg de plus/de moins		
8. Antécédents médicaux: (Si on répond "oui", donner des précisions, notamment le diagnostic, les dates, la durée, les noms et adresses des médecins traitants et établissements médicaux.)			Oui	Non	
(a) Avez-vous déjà souffert des affections suivantes, ou vous a-t-on déjà traité à ce sujet: troubles cardiaques, hypertension, diabète, cancer, tumeurs, troubles rénaux, ulcères, troubles du dos, troubles du système nerveux ou respiratoire? (Encercler ce qui s'applique.)					
(b) Avez-vous déjà souffert de quelque autre trouble physique ou mental non mentionné ci-dessus?					
(c) Au cours des cinq dernières années, avez-vous été absent du travail pour 15 jours consécutifs ou plus pour cause de maladie ou de blessure?					
(d) Avez-vous déjà touché des prestations pour invalidité ou une rente?					
(e) Avez-vous déjà fait usage: de cocaïne, d'héroïne, d'amphétamines, de narcotiques, de barbituriques, de LSD, de marijuana, de haschich, de tranquillisants ou d'autres substances semblables?					
(f) Consommez-vous actuellement de l'alcool? Si oui, préciser le genre, la quantité et la fréquence?					
			(g) Votre usage actuel d'alcool est-il moindre que par le passé?	Oui	Non
			(h) Avez-vous demandé des conseils, subi un traitement, ou joint un organisme en raison de votre usage d'alcool, ou avez-vous déjà eu une condamnation pour conduite en état d'ébriété?		
			9. Avez-vous effectué des vols en qualité de pilote au cours des deux dernières années (donner le nombre de vol) ou pris part à un sport dangereux? (parachutisme, course automobile ou de motocyclette, plongée sous-marine, etc.)		
			10. Avez-vous déjà demandé de l'assurance vie, maladie ou accident qui a été refusée ou accordée moyennant une majoration ou modification quelconque?		
			11. Avez-vous déjà été traité pour ce qui suit, subi des examens ou présenté des symptômes s'y rapportant: anomalies du système immunitaire, y compris le SIDA (syndrome d'immuno-déficience acquise), les affections liées au SIDA (ARS) ou d'autres infections inexpliquées?		
			12. Faites-vous actuellement usage de produits du tabac, de marijuana ou de produits de la nicotine, ou l'avez-vous fait au cours des 12 derniers mois?		

Précisions sur les réponses affirmatives (Identifier la question par son numéro.)

13. (a) Nom et adresse de votre médecin personnel.....

(b) Quand et pourquoi l'avez-vous consulté la dernière fois?.....

Oui Non Oui Non Oui Non

(c) Traitement Médicaments Orientation vers un spécialiste?

Si oui, donnez des détails.....

Déclaration

Je déclare que les déclarations ci-dessous sont correctement consignées et qu'elles sont vraies et complètes. Je comprends que ces déclarations font partie intégrante de la proposition et qu'elles sont prises en considération pour l'assurance demandée. Je comprends également et je consens à ce que toute présentation erronée des faits ou toute information non divulguée dans la présente déclaration puisse entraîner l'annulation de ma protection.

Autorisation

J'autorise les personnes ou groupes suivants à fournir des renseignements à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie), à ses réassureurs et à leurs mandataires et fournisseurs de services indépendants :

- tout professionnel de la santé ou praticien et tout établissement public ou privé de services médicaux ou sociaux;
- toute compagnie d'assurance ou institution financière;
- les agents et les agences de renseignements;
- les organismes qui ont pour but la prévention, la détection et la répression des crimes ou des infractions prévues pour un texte législatif;
- mon employeur actuel ou mes anciens employeurs; et
- tout autre organisme public ou privé qui possède des renseignements sur moi ou sur l'une de mes personnes à charge admissibles.

Je comprends que l'Empire Vie peut recueillir et divulguer cette information aux fins suivantes :

- évaluation du risque sur une base continue et étude relative à l'établissement ou au renouvellement d'un certificat de police d'assurance collective en vertu duquel je pourrais être assuré ou devenir assuré;
- calcul de la prime payable pour une telle assurance; et
- calcul de mon admissibilité à la protection, de la nature et du montant d'une telle protection;
- évaluation de toute demande de règlement de ma part ou de mes bénéficiaires.

Je comprends que cette information demeurera consignée dans un dossier de l'Empire Vie et que seules les personnes autorisées y auront accès aux fins énumérées ci-dessus. Je comprends également que je peux consulter le dossier et, le cas échéant, le faire corriger. Je peux exercer ce droit en communiquant par écrit avec le siège social de l'Empire Vie.

Je reconnais qu'une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Fait à.....le.....jour d.....20.....

Témoïn..... Proposant.....