



THE EMPIRE LIFE INSURANCE COMPANY
Group Dependants Non-Medical Declaration

Every question must be fully answered by the Applicant (on his/her dependants)

(PLEASE PRINT CLEARLY)

1. Particulars of spouse and children proposed for coverage under this plan.

Name	Sex	Relationship to Applicant	Date of Birth	Height	Weight

2. (a) Name and address of personal physician _____
 (b) When and why was he/she last consulted? _____
 (c) Treatment Yes No Medication Yes No Referral Yes No
 If yes, please provide details _____

3. Medical History (give full details of "yes" answers including name(s) of dependants, diagnosis, dates, duration and names and addresses of attending physicians and medical facilities)	Yes	No	Details of "yes" Answers (identify question number)
(a) Has any dependant ever had or ever been treated for: heart trouble; cancer or tumors; high blood pressure; lung, liver or kidney disorders; or mental or nervous conditions?			
(b) Has any dependant ever had any other physical or mental disorder not listed above?			
(c) Has any dependant ever had any illness, injury or operation within the past five years?			
(d) Has any dependant ever used cocaine, heroin, amphetamines, narcotics, barbituates, LSD, marijuana, hashish, tranquilizers or similar agents			
(e) Has any dependant ever been treated for alcoholism or drug addiction?			
4. Has any life, health or accident insurance applied for on any dependant ever been declined, rated or modified in any way?			
5. Has any dependant 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? (If yes, please supply details)			
6. Have any dependants 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.)			

We hereby declare that the above answers and statements are, to the best of our knowledge and belief, full, complete and true as of this date, it being understood and agreed that they are material to the risk and form part of the application and consideration for the insurance applied for.

We hereby authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other medical or medically related facility, insurance company or other organization, institution or person, that has any records or knowledge of us or our health to give to The Empire Life Insurance Company or its reinsurer(s) any and all of such information. A photographic copy of this authorization shall be as valid as the original.

Date _____ Signature of Applicant _____

Witness _____ Signature of Spouse _____

(Français au verso)



L'EMPIRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Déclaration tenant lieu d'examen médical (personnes à charge) - Assurance collective

L'employé doit répondre intégralement à toutes les questions concernant ses personnes à charge.

(EN LETTRES MOULÉES, S.V.P.)

1. Données sur le conjoint et les enfants proposés à l'assurance aux termes de ce régime

Nom	Sexe	Lien de parenté avec l'employé	Date de naissance	Taille	Poids

2. (a) Nom et adresse du médecin personnel _____
(b) Quand et pourquoi l'a-t-on consulté la dernière fois? _____
(c) Traitement Oui Non Médicaments Oui Non Orientation vers un spécialiste? Oui Non

Si oui, donnez des détails:

3. Antécédents médicaux: (Pour les réponses affirmatives, donner des précisions, notamment nom de la personne à charge, diagnostic, dates, durée, noms et adresses des médecins traitants et établissements médicaux.)	Oui	Non	Précisions sur les réponses affirmatives (Identifier la question par son numéro.)
(a) Une personne à charge a-t-elle déjà souffert de l'une ou l'autre des affections suivantes ou été traitée à ce sujet: troubles cardiaques; cancer ou tumeurs; hypertension; affection des poumons, du foie ou des reins; troubles nerveux ou mentaux?			
(b) Une personne à charge a-t-elle déjà souffert de quelque autre trouble physique ou mental non mentionné ci-dessus?			
(c) Une personne à charge a-t-elle subi une maladie, blessure ou intervention chirurgicale au cours des cinq dernières années?			
(d) Une personne à charge a-t-elle 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?			
(d) Une personne à charge a-t-elle déjà été traitée pour alcoolisme ou narcomanie?			
4. Une personne à charge ayant demandé une assurance-vie, maladie ou accident se l'est-elle vu refuser ou accorder moyennant une majoration ou modification quelconque?			
5. Une personne à charge a-t-elle déjà été traitée pour ce qui suit, subi des examens à cet effet ou présenté des symptômes s'y rapportant: anomalie du système immunitaire, y compris le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), affections reliées au SIDA (ARS) ou autres infections inexplicables? (Si oui, veuillez nous fournir les détails.)			
6. Une personne à charge a-t-elle déjà 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.)			

Nous déclarons que les réponses et déclarations ci-dessus sont à notre connaissance complètes et véridiques à la date des présentes, et nous convenons qu'elles sont essentielles à l'appréciation du risque et qu'elles font partie intégrante de la proposition et de la contrepartie relatives à l'assurance demandée.

Nous autorisons tout médecin, praticien, hôpital, clinique ou autre établissement médical ou paramédical, compagnie d'assurances ou tout autre organisme, personne morale ou physique qui nous connaît ou qui a des dossiers à notre sujet ou au sujet de notre état de santé, à donner à l'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie ou à ses réassureurs, tous ces renseignements ou toute partie de ces renseignements. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Date _____ Signature de l'employé _____

Témoïn _____ Signature du conjoint _____

(English on reverse)