Valider et Imprimer

www.inalco.com

ASSURANCE COLLECTIVE

INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

Québec
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest
522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

DEMANDE DE PARTICIPATION

À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATEUR

Nom du titulaire (employeur/organisation) _____ **N° de police** _____

N° de compte _____ N° de catégorie _____ Service _____ ☐ N° de certificat _____

N° d'emplacement (s'il y a lieu pour votre groupe) _____ ☐ N° de certificat donné par l'assureur.

Fonction du participant _____

Date d'emploi A M J _____ Date d'admissibilité A M J _____ Date de réembauche à temps plein en cas de remise en vigueur A M J _____

Si vous n'appliquez pas la période d'attente, expliquez pourquoi : _____

Salaire 0.00 $ ☐ Hebdomadaire ☐ Annuel ☐ Bimensuel ☐ Mensuel ☐ Horaire – nombre d'heures travaillées par semaine 0

Nom de l'administrateur _____ Courriel _____

Signature _____ Date _____ N° de tél. _____

À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT *(ÉCRIRE CLAIREMENT ET EN LETTRES MOULÉES.)*

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____
Rue Ville Province Code postal

Date de naissance A M J _____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Langue : ☐ Français ☐ Anglais

État civil : ☐ Célibataire ☐ Divorcé/séparé ☐ Marié/union civile ☐ Conjoint de fait ➠ date du début de la cohabitation A M J _____

Protection demandée : ☐ Individuelle* ☐ Familiale ☐ Autre : _____ Spécifier régime/option/module (si applicable) _____

*Si vous choisissez la protection **Individuelle**, vos personnes à charge ne bénéficieront d'aucune protection, y compris la protection vie. Pour que vos personnes à charge puissent bénéficier de la protection vie, choisissez la protection **Familiale** et remplissez les sections 2, 3 et 4.

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance A M J _____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Est-ce que votre conjoint est couvert par un autre régime d'assurance collective de son employeur ou d'une association pour les soins médicaux et dentaires? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez les protections : **Maladie :** ☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Autre : _____ **Dentaire :** ☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Autre : _____

Nom de la compagnie d'assurance _____ N° de police _____ N° de certificat _____

3. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Si âgé de 21 ans ou plus, préciser :
Enfant		☐ M ☐ F	A M J	Étudiant à temps plein ☐ Oui ☐ Non Handicapé ☐ Oui ☐ Non
Enfant		☐ M ☐ F	A M J	Étudiant à temps plein ☐ Oui ☐ Non Handicapé ☐ Oui ☐ Non
Enfant		☐ M ☐ F	A M J	Étudiant à temps plein ☐ Oui ☐ Non Handicapé ☐ Oui ☐ Non

Note – Si un de vos enfants à charge est couvert par un régime d'assurance autre que celui de votre conjoint, remplissez la section 5.

4. EXEMPTION

Si vous ou une de vos personnes à charge êtes déjà couverts pour les soins médicaux et dentaires en vertu d'un autre régime d'assurance collective, vous pouvez refuser les garanties en cochant les cases appropriées ci-dessous.

EXEMPTION EN ASSURANCE MALADIE : ☐ Pour moi-même et mes personnes à charge ☐ Pour mes personnes à charge seulement

EXEMPTION EN ASSURANCE SOINS DENTAIRES : ☐ Pour moi-même et mes personnes à charge ☐ pour mes personnes à charge seulement

Si vous désirez adhérer plus tard à l'une de ces garanties, certaines conditions pourront s'appliquer.

VOUS DEVEZ REMPLIR ET SIGNER LA SECTION DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT AU VERSO.

Page suivante >>

5. COORDINATION DES PRESTATIONS MULTIPLES *(À remplir seulement si un de vos enfants est couvert par un autre régime d'assurance collective.)*

Nom et prénom de l'enfant	Nom du participant	Date de naissance du participant	Nom de l'assureur	N° de police
		A M J		
		A M J		

6. DEMANDE DE DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS MALADIE ET SOINS DENTAIRES *(Joindre un chèque portant la mention « nul ».)*

☐ Oui, je m'inscris au **dépôt direct** afin que le remboursement de mes demandes de règlement de frais médicaux et dentaires soit déposé dans mon compte bancaire et que je sois informé par courriel du traitement de mes demandes.

Information bancaire : N° succursale (5 chiffres) N° institution (3 chiffres) N° de compte Courriel _____ ☐ Travail ☐ Maison

7. GARANTIES FACULTATIVES *(Vérifier auprès de l'administrateur de votre régime si des garanties facultatives sont offertes et si vous devez remplir un formulaire additionnel.)*

	VIE*	D.M.A.	MALADIE GRAVE	DÉCLARATION
Participant	_____ $	_____ $	_____ $	Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, incluant les produits du tabac ou de nicotine (gommes, timbres, etc.)? ☐ Oui ☐ Non **Signature du participant X** _____
Conjoint	_____ $	_____ $	_____ $	Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, incluant les produits du tabac ou de nicotine (gommes, timbres, etc.)? ☐ Oui ☐ Non **Signature du conjoint X** _____
Enfant	_____ $	_____ $	_____ $	

* Ne pas inclure l'assurance vie de base.

8. DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE *(Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, la prestation sera versée aux héritiers légaux.)*

Nom	Prénom	Lien avec le participant	%	Date de naissance	
				A M J	☐ Révocable ☐ Irrévocable
				A M J	☐ Révocable ☐ Irrévocable
				A M J	☐ Révocable ☐ Irrévocable

Au Québec, si vous n'indiquez pas que la désignation du bénéficiaire est révocable ou irrévocable, la désignation du conjoint légal est irrévocable et celle de tout autre bénéficiaire est révocable. Dans toutes les provinces, le consentement écrit d'un bénéficiaire irrévocable est requis pour faire des changements à la désignation.

La désignation de bénéficiaire ci-dessus est destinée à l'assurance du participant. Les prestations pour les personnes à charge sont versées au participant.

Si un des bénéficiaires désignés décède avant le participant, sa part sera répartie au prorata entre les autres bénéficiaires.

9. DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE *(Ne s'applique pas au Québec.*)*

Je désigne _____ à titre de fiduciaire pour recevoir toute somme payable à un bénéficiaire qui n'a pas atteint l'âge de la majorité.

*Au Québec, divers critères peuvent s'appliquer relativement à la désignation d'un fiduciaire. Veuillez consulter un conseiller juridique à cet effet.

DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

Par la présente, **J'ADHÈRE** aux garanties auxquelles je suis ou je pourrais devenir admissible en vertu du régime d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police, sous réserve de toute exemption mentionnée et **J'ATTESTE** que, à ma connaissance, l'information fournie dans ce formulaire est véridique et complète.

JE CONFIRME que je suis autorisé à divulguer de l'information concernant mes personnes à charge afin de déterminer leur admissibilité dans la mesure où des garanties les touchent.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom, **JE CONSENS** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à mon employeur ou au titulaire de police et à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs à des fins de tarification, d'administration et d'acceptation de ma demande de participation et de celle de mes personnes à charge au sein du régime d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police.

J'ACCEPTE que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale s'il tient lieu de numéro de certificat dans le cadre de l'administration de mon régime d'assurance collective.

J'AUTORISE mon employeur à effectuer tout prélèvement nécessaire sur mon salaire dans le cas où des cotisations doivent être effectuées dans le cadre de mon régime d'assurance collective et à remettre les sommes à l'Industrielle Alliance.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente déclaration et autorisation possède la même validité que l'original.

Signature du participant _____ Date A M J

AVIS DE DIVULGATION

À l'Industrielle Alliance, les renseignements personnels que nous recueillons vous concernant ou concernant vos personnes à charge sont conservés de façon confidentielle et sont utilisés uniquement aux fins pour lesquelles ils ont été fournis.

Votre dossier personnel est conservé aux bureaux de l'Industrielle Alliance.

Vous avez le droit de consulter votre dossier personnel et, si nécessaire, de corriger toute information erronée. Vous devez envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., responsable de l'accès à l'information, 1080, Grande Allée Ouest, C. P. 1907, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 7M3.

L'accès à votre dossier personnel n'est donné qu'aux employés de l'Industrielle Alliance, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs dans le cadre de leurs fonctions ainsi qu'aux personnes que vous autorisez et à celles autorisées par la loi.

À des fins de vérification et pour des rapports administratifs, l'Industrielle Alliance peut fournir à votre employeur ou titulaire de police des statistiques financières ne contenant aucune information nominative.

Valider et Imprimer | Retour à la page 1