

Remplir à l'encre en caractères d'imprimerie et signer.

1. RENSEIGNEMENTS DE BASE
 Nom du titulaire de police (employeur/organisation) _____ N° de police [] [] [] [] [] []
 N° de compte [] [] [] [] N° de catégorie [] [] [] [] Service _____ N° de certificat [] [] [] [] [] [] [] []
 Nom du participant (tel qu'indiqué dans nos dossiers) _____
 Signature de l'administrateur _____ Date [] [] [] [] [] [] [] []
2. CHANGEMENT DE NOM OU D'ADRESSE
 Nom _____ Prénom _____
 Raison : Correction Mariage/union civile Divorce/séparation Déménagement Date [] [] [] [] [] [] [] []
 Adresse _____ Code postal [] [] [] [] [] []
 N° Rue App. Ville Province
 Courriel : _____
3. CHANGEMENT DE COUVERTURE (Fournir les détails dans la partie des personnes à charge, s'il y a lieu.)Je veux modifier ma couverture pour une couverture : Individuelle* Familiale Autre : _____* Si vous choisissez une couverture **individuelle**, vos personnes à charge ne seront pas couvertes et ne bénéficieront pas de l'assurance vie pour les personnes à charge. Si vous voulez souscrire une assurance vie pour vos personnes à charge, cochez la couverture **familiale** et remplissez les sections 3, 4 et 5.
 Raison : Naissance – date [] [] [] [] [] [] [] []
 Mariage/union civile – date [] [] [] [] [] [] [] []
 Divorce/séparation – date [] [] [] [] [] [] [] []
 Conjoint de fait – date de début de la cohabitation [] [] [] [] [] [] [] []
 Coordination des prestations – date [] [] [] [] [] [] [] []
 (Aller à la section 6.)
 Cessation de la protection en vertu du régime du conjoint – date de la cessation [] [] [] [] [] [] [] []
 Autre _____ – date [] [] [] [] [] [] [] []

Personnes à charge :	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	
<input type="checkbox"/> Ajout conjoint			<input type="checkbox"/> M	[] [] [] [] [] [] [] []	Si l'âge de l'enfant excède la limite en vertu du contrat, aller à la section 4.
<input type="checkbox"/> Retirer conjoint			<input type="checkbox"/> F	[] [] [] [] [] [] [] []	
<input type="checkbox"/> Ajout enfant			<input type="checkbox"/> M	[] [] [] [] [] [] [] []	
<input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> F	[] [] [] [] [] [] [] []	
<input type="checkbox"/> Ajout enfant			<input type="checkbox"/> M	[] [] [] [] [] [] [] []	
<input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> F	[] [] [] [] [] [] [] []	

 Si votre conjoint possède une assurance maladie et dentaire, veuillez remplir les sections « EXEMPTION » et « COORDINATION DES PRESTATIONS ».
 Si vous demandez de l'assurance vie facultative pour votre conjoint (si disponible), veuillez remplir la section « AJOUT DE GARANTIES FACULTATIVES ».
4. DÉCLARATION POUR LES PERSONNES À CHARGE DONT L'ÂGE EXCÈDE LA LIMITE
 Nom _____ Prénom _____ Sexe M F Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] []
 Étudiant à temps plein : inscrire le nom de l'institution fréquentée _____
 Période du [] [] [] [] [] [] [] [] au [] [] [] [] [] [] [] []
 Handicapé : inscrire la nature du handicap _____ Date du début du handicap [] [] [] [] [] [] [] []
 Nom _____ Prénom _____ Sexe M F Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] []
 Étudiant à temps plein : inscrire le nom de l'institution fréquentée _____
 Période du [] [] [] [] [] [] [] [] au [] [] [] [] [] [] [] []
 Handicapé : inscrire la nature du handicap _____ Date du début du handicap [] [] [] [] [] [] [] []
5. EXEMPTION (offerte seulement si vous et vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime)
 EXEMPTION EN ASSURANCE MALADIE : pour moi-même et mes personnes à charge pour mes personnes à charge
 EXEMPTION EN ASSURANCE SOINS DENTAIRES : pour moi-même et mes personnes à charge pour mes personnes à charge

Si vous avez coché une des exemptions, remplir la section 7.

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

6. COORDINATION DES PRESTATIONS (Remplir obligatoirement cette section pour les régimes comprenant de l'assurance maladie et soins dentaires.)
 Mon conjoint ne dispose pas d'assurance maladie ou soins dentaires (Ne pas remplir la section 7.)
 Mon conjoint dispose des protections suivantes
 Maladie : Individuelle Familiale Autre _____ Dentaire : Individuelle Familiale Autre _____
 Si vous avez coché une des protections, remplir la section 7.

Si ce changement n'est pas dû à un événement de vie, des preuves d'assurabilité sont exigées.

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

7. INFORMATION OBLIGATOIRE SUR LE RÉGIME DU CONJOINT (s'il y a lieu)

Nom du conjoint _____ N° du groupe du conjoint _____

Date de naissance du conjoint | A | M | J | | | | |

N° de certificat du conjoint _____

Nom de la compagnie d'assurance du conjoint _____

8. AJOUT DE GARANTIES FACULTATIVES (Vérifier auprès de votre administrateur si des garanties facultatives sont offertes et si vous devez remplir un formulaire additionnel.)

VIE*	D.M.A.	MALADIE GRAVE	DÉCLARATION
Participant _____ \$	_____ \$	_____ \$	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit ou de nicotine (gommes, timbres, etc.)? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Signature du participant X _____
Conjoint _____ \$	_____ \$	_____ \$	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que votre conjoint a fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit ou de nicotine (gommes, timbres, etc.)? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Signature du conjoint X _____
Enfant _____ \$	_____ \$	_____ \$	

* Ne pas inclure l'assurance vie de base.

9. RÉSILIATION DES GARANTIES FACULTATIVES

Je souhaite résilier mon assurance :
Je souhaite résilier l'assurance de mon conjoint :
Je souhaite résilier l'assurance de mes enfants à charge :

Vie facultative	Décès et mutilation accidentels	Maladie grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. CHANGEMENT DE LA 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	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
				A M J	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> 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.

Signature du bénéficiaire irrévocable _____ Date | A | M | J | | | | |

11. 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

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 au régime d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police dans la mesure où de l'information les concernant est modifiée.

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 titulaire de police et à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs à des fins de tarification, d'administration, de traitement des demandes de règlement et d'évaluation de la couverture pour mes personnes à charge et moi-même au sein du régime d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police. De plus, **JE COMPRENDS** que l'information fournie peut être divulguée aux personnes autorisées par les lois qui s'appliquent au Canada et à l'étranger.

J'ACCEPTÉ 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.

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, 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.