www.inalco.com

INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

Québec
Service de l'administration
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

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

Proposition d'assurance santé individuelle TRANSIT

Pour transformer une assurance vie collective, veuillez remplir le formulaire de demande de transformation (F54-030).

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

1. PROPOSANT (PERSONNE À ASSURER)

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance A M J

Adresse _____
N° Rue App.

_____ Code postal
Ville Province

Langue de correspondance : ❑ Français ❑ Anglais Sexe : ❑ Masculin ❑ Féminin N° de téléphone au domicile Courriel

2. RAISON DE LA DEMANDE

❑ TRANSFORMATION
d'assurance collective en protection individuelle (Veuillez remplir la section 3.)

❑ MODIFICATION
à mon contrat d'assurance individuelle (Veuillez remplir la section 4.)

3. TRANSFORMATION

N° de police d'assurance collective N° de certificat

Événement justifiant la demande de transformation : _____ Date de cessation d'emploi A M J

Protection demandée : Soins médicaux : ❑ INDIVIDUELLE ❑ FAMILIALE (Remplir la section 5).
Les médicaments ne sont pas remboursés aux résidents du Québec sauf en cas d'urgence hors de la province de résidence.

Soins dentaires (facultatif) : ❑ INDIVIDUELLE ❑ FAMILIALE (Remplir la section 5).
Cette option est offerte seulement aux participants qui désirent transformer une assurance collective qui comprend une protection pour soins dentaires.

4. MODIFICATION

N° de contrat 4 0 0 -

❑ Je désire ajouter la protection familiale. (Remplir la section 5. L'ajout de la protection familiale à une date ultérieure sera possible ou non, selon les conditions de votre police individuelle.)

❑ Je désire ajouter une ou plusieurs personnes à charge. (Remplir la section 5.)

❑ Je désire mettre fin à la couverture pour toutes mes personnes à charge en date du A M J

❑ Je désire mettre fin à la couverture pour _____ en date du A M J
Nom de la personne

5. PERSONNES À CHARGE

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	
Conjoint		❑ M ❑ F	A M J	❑ Mariage/Union civile ❑ Conjoint de fait : cohabitation depuis le A M J
Enfant		❑ M ❑ F		Si âgé de 21 ans ou plus, précisez : ❑ Étudiant à temps plein ❑ Handicapé
Enfant		❑ M ❑ F		Si âgé de 21 ans ou plus, précisez : ❑ Étudiant à temps plein ❑ Handicapé

DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PROPOSANT

Par les présentes, je **SOUMETS UNE DEMANDE** pour les prestations d'assurance individuelle auxquelles je suis admissible auprès de l'Industrielle Alliance et **CONFIRME** qu'à ma connaissance les renseignements donnés dans cette proposition sont véridiques et complets.

Si je soumets une demande pour mes personnes à charge, **JE CONFIRME QUE JE SUIS AUTORISÉ** à divulguer de l'information les concernant dans le but de déterminer leur admissibilité à la protection.

En mon nom et au nom de mes personnes à charge, **JE CONSENS** à ce que les renseignements contenus dans cette proposition soient **COMMUNIQUÉS** à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs pour des fins de tarification, d'administration et de traitement des demandes de règlement et pour mon adhésion et celle de mes personnes à charge à un régime d'assurance individuelle auprès de l'Industrielle Alliance.

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

Signature du proposant _____ Date A M J

SECTION RÉSERVÉE À L'ASSUREUR

	Traité le	*Par*

VOUS DEVEZ REMPLIR ET SIGNER LES SECTIONS QUI SE TROUVENT AU VERSO.

6. PAIEMENT DES PRIMES PAR PRÉLÈVEMENTS BANCAIRES

Nom de l'institution financière : _____

Nom du ou des titulaires du compte bancaire : _____ et _____

Information bancaire :

Veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ ».
(Collez ici.)

J'autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (Industrielle Alliance) et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je peux autoriser en tout temps) à commencer à effectuer des déductions conformément à mes directives au titre des versements périodiques réguliers et des versements ponctuels occasionnels le cas échéant, pour le paiement de toutes les primes, de tous les dépôts, de tous les versements et de tous les frais découlant du contrat mentionné aux présentes.

J'autorise le prélèvement direct des primes de mon compte bancaire – l'information sur ce dernier figure ci-dessus ou sur le chèque ci-joint –, et ce, jusqu'à avis contraire écrit de ma part. La présente autorisation vaut pour tout autre compte actif à l'institution financière précisée ci-dessus ou à toute autre institution financière que je pourrais subséquemment désigner et elle prend effet en date de la signature ci-dessous.

J'autorise le prélèvement direct des primes le premier jour de chaque mois.

Je renonce au droit de recevoir un préavis m'informant d'une hausse ou d'une baisse du montant à être débité ou d'une modification de la date ou de la fréquence des versements.

Je reconnais que l'Industrielle Alliance n'est pas tenue de me transmettre un avis écrit si un changement au montant du prélèvement bancaire (PB) est effectué à ma demande. Si un PB est refusé pour quelque raison que ce soit, notamment pour provision insuffisante (« NSF »), opposition au paiement ou fermeture de compte, l'Industrielle Alliance est autorisée à présenter le paiement de nouveau. **Les frais assumés par l'Industrielle Alliance en raison d'un PB refusé seront ajoutés au PB suivant.**

Je peux annuler ou modifier la présente entente de PB en tout temps, sous réserve d'un avis écrit à l'Industrielle Alliance de 30 jours. Pour obtenir un formulaire d'annulation ou d'autres renseignements sur mon droit d'annulation de l'entente de PB, je devrai communiquer avec mon institution financière ou visiter le site *www.cdnpay.ca* concernant la Règle H1 – Débits préautorisés (DPA). Toute annulation de la présente entente de PB n'aura aucun effet sur mon ou mes contrats d'assurance ou de services financiers du moment que le paiement est effectué d'une autre façon.

L'Industrielle Alliance ne peut céder la présente entente de PB sans m'avoir fourni, à tout moment avant le prochain PB, un avis écrit de la cession.

J'ai certains droits de recours si des PB ne sont pas conformes à la présente entente de PB. Par exemple, j'ai le droit d'obtenir le remboursement des PB qui ne sont pas autorisés aux termes de la présente entente de PB ou ne sont pas conformes à celle-ci. Pour obtenir des renseignements supplémentaires relativement à mes droits de recours, je devrai communiquer avec mon institution financière ou visiter le site *www.cdnpay.ca*.

X _____ A M J

Signataire du titulaire du compte bancaire — Date

X _____ A M J

Signataire du titulaire du compte bancaire (s'il y a lieu) — Date

7. DEMANDE DE DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS MALADIE ET SOINS DENTAIRES

❑ 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 : ❑ Identique à celle pour les prélèvements bancaires, sinon préciser :

N° de succursale (5 chiffres)	N° d'institution (3 chiffres)	N° de compte

Courriel : _____ ❑ Travail ❑ Maison

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.