www.inalco.com

Valider et imprimer

INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

ASSURANCE COLLECTIVE

ACCÈS WEB@DMIN

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

1. CONDITIONS D'UTILISATION DU TITULAIRE DE POLICE

Nom du titulaire de police _____ N° de police |_|_|_|_|_|

Nom du compte (si différent du nom du titulaire de police) _____ N° du compte |_|_|_|

À titre de signataire autorisé, **J'AUTORISE,** par la présente, le ou les administrateurs nommés ci-dessous à accéder à Web@dmin à des fins administratives seulement et conformément au type d'accès qui leur a été accordé.

J'ACCEPTE d'être tenu entièrement responsable de toute mauvaise utilisation de l'information contenue dans Web@dmin qui résulterait des accès accordés dans la présente.

JE CONFIRME que le ou les administrateurs ont lu et accepté les « Conditions d'utilisation de l'administrateur » ci-dessous.

JE RECONNAIS et **JE COMPRENDS** que Web@dmin est la propriété unique et exclusive de l'Industrielle Alliance et que celui-ci ne peut être copié, téléchargé ou transmis à d'autres fins que celles indiquées par l'Industrielle Alliance ou transmis à un tiers sans avoir obtenu, au préalable, le consentement écrit de l'Industrielle Alliance.

J'ACCEPTE de supprimer le droit d'accès à Web@dmin d'un administrateur lorsque ce dernier quitte l'organisation.

JE COMPRENDS que l'Industrielle Alliance peut retirer à un administrateur son droit d'accès à Web@dmin en tout temps.

J'ACCEPTE qu'une photocopie de ma signature ait la même valeur que l'originale.

Nom _____ Prénom _____
en caractères d'imprimerie — en caractères d'imprimerie

Signature _____ Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date A |_|_|_|_| M |_|_| J |_|_|

2. CONDITIONS D'UTILISATION DE L'ADMINISTRATEUR

L'administrateur **ACCEPTE** d'utiliser Web@dmin uniquement afin d'administrer le régime de son compte ou de son groupe, conformément au type d'accès qui lui a été accordé par le titulaire de police.

L'administrateur **COMPREND** que l'utilisation de son code d'accès et de son mot de passe a la même valeur que sa signature et qu'il doit s'assurer que cette information demeure confidentielle en tout temps.

L'administrateur **ACCEPTE** de préserver et de protéger le caractère confidentiel et privé de l'information personnelle sur les participants contenue dans Web@dmin, conformément aux lois provinciales et fédérales et à leurs règlements.

Si l'administrateur effectue des transactions via Web@dmin, il **ACCEPTE** d'administrer le régime conformément aux conditions générales du contrat d'assurance collective.

L'administrateur **COMPREND** que son accès à Web@dmin peut être supprimé en tout temps, sans préavis.

3. NOUVELLE DEMANDE OU MODIFICATION D'ACCÈS

Information sur l'administrateur (Tous les champs DOIVENT ÊTRE remplis.)	Type d'accès	Comptes
Nom _____	❑ Toutes les transactions	❑ Tous les comptes
Prénom _____	❑ Visualisation	
Adresse de l'organisation _____ (Numéro, rue, bureau)	❑ Facture seulement	❑ Comptes spécifiques :
_____ (Ville, province, code postal)		_____
Courriel _____ Langue : ❑ Français ❑ Anglais		_____

Information sur l'administrateur (Tous les champs DOIVENT ÊTRE remplis.)	Type d'accès	Comptes
Nom _____	❑ Toutes les transactions	❑ Tous les comptes
Prénom _____	❑ Visualisation	
Adresse de l'organisation _____ (Numéro, rue, bureau)	❑ Facture seulement	❑ Comptes spécifiques :
_____ (Ville, province, code postal)		_____
Courriel _____ Langue : ❑ Français ❑ Anglais		_____

4. SUPPRESSION D'ACCÈS

Nom des administrateurs dont l'accès doit être supprimé		Date d'effet
Nom	Prénom	A M J
Nom	Prénom	A M J