

3. 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 ces garanties en cochant les cases appropriées ci-dessous.

Exemption en Pour moi-même et mes personnes à charge

Exemption en assurance Pour moi-même et mes personnes à charge

assurance maladie : Pour mes personnes à charge seulement

soins dentaires : Pour mes personnes à charge seulement

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

4. GARANTIES FACULTATIVES

Si vous désirez des garanties facultatives supplémentaires, vérifiez auprès de l'administrateur de votre régime si elle sont offertes et si vous devez remplir le formulaire *Preuve d'assurabilité* (F54-002).

	VIE	D.M.A.	MALADIE GRAVE	DÉCLARATION (À remplir uniquement si vous souhaitez ajouter les garanties facultatives vie et maladie grave OU si vous voulez changer le statut pour non-fumeur.)
Participant	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection*: _____ \$	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection*: _____ \$	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection*: _____ \$	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, de nicotine (gommes, timbres, etc.) ou de marijuana? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conjoint	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection*: _____ \$	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection*: _____ \$	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection*: _____ \$	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que votre conjoint a fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, de nicotine (gommes, timbres, etc.) ou de marijuana? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfants	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection*: _____ \$	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection*: _____ \$	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection*: _____ \$	Chaque enfant bénéficiera du montant de protection que vous avez choisi.

*Veuillez indiquer le montant de protection à ajouter. Ne pas inclure la protection de base, ni la protection facultative existante.

5. DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE (Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, la prestation sera versée à votre succession.)

Cette désignation de bénéficiaire s'applique à votre assurance vie et, s'il y a lieu, à votre assurance décès accidentel.

Si vous nommez plusieurs bénéficiaires, le total des pourcentages alloués doit être égal à 100 % (ne pas indiquer de montants en dollars).

Si vous nommez ou avez nommé un bénéficiaire irrévocable, son consentement sera requis pour faire des changements à la désignation (voir au bas du tableau). Le bénéficiaire doit être majeur pour donner son consentement.

Au Québec, si vous n'indiquez pas que la désignation de votre conjoint légal est révocable, elle sera automatiquement considérée comme irrévocable.

Diverses dispositions légales sont en vigueur relativement à la désignation d'un bénéficiaire. Veuillez consulter un conseiller juridique si vous souhaitez en savoir plus.

Bénéficiaire Nom, prénom	Lien	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

À titre de bénéficiaire irrévocable, je consens au changement de désignation de bénéficiaire.

Signature du bénéficiaire irrévocable _____

Date

A	M	J

6. 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 fournie ou 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 au 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 protection 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.

Si mon numéro d'assurance sociale tient lieu de numéro de certificat, **J'ACCEPTÉ** qu'on l'utilise 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 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.