

Information générale (écrire à l'encre et en caractères d'imprimerie)

Nom du titulaire de police (employeur/organisation) _____
 N° de police _____ N° de compte _____ N° de catégorie _____ N° de certificat _____
 Prénom du participant _____ Nom _____
 Date d'emploi

A	M	J

 Date d'admissibilité

A	M	J

 Salaire annuel _____ \$

1. Objet de cette déclaration

- Demande de garanties facultatives
- Demande d'un montant d'assurance supplémentaire qui excède le maximum précisé dans le régime d'assurance collective :
- Vie de base Salaire Maladie grave
- Demande de participation soumise en retard
- Demande de protection des personnes à charge soumise en retard. Si le conjoint (y compris les enfants, le cas échéant) est ou était couvert par un autre régime d'assurance collective, veuillez préciser :
- Nom de l'assureur _____ N° de police _____ N° de certificat _____
- Date et raison de la cessation de l'assurance, s'il y a lieu _____
- Autre, précisez. _____

2. Protection demandée pour les garanties ci-dessous

**Veuillez consulter
le contrat d'assurance
collective afin de remplir
ce tableau.**

Garanties	Montant d'assurance actuel	Montant d'assurance supplémentaire demandé	Total
Maladie grave			
1. Participant	\$	\$	\$
2. Conjoint	\$	\$	\$
3. Enfants ¹	\$	\$	\$
Vie de base			
1. Participant	\$	\$	\$
2. Conjoint	\$	\$	\$
3. Enfants ¹	\$	\$	\$
Vie facultative			
1. Participant	\$	\$	\$
2. Conjoint	\$	\$	\$
3. Enfants ¹	\$	\$	\$
Salaire de courte durée	\$	\$	\$
Salaire de longue durée	\$	\$	\$
Assurance maladie	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple		
Assurance soins dentaires	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple		

¹ Chaque enfant bénéficiera du montant de protection que vous aurez sélectionné.

Nom du participant _____ N° de police _____ N° de certificat _____

Les pages suivantes doivent être remplies et signées par le participant et les personnes à charge, s'il y a lieu. (écrire à l'encre et en caractères d'imprimerie)

Important : Veuillez fournir l'information demandée pour les personnes à assurer seulement.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Taille _____ pi/po Poids _____ lb Sexe : M F
 m/cm kg

Date de naissance

	A				M			J
--	---	--	--	--	---	--	--	---

 Lieu de naissance _____

Emploi _____

N° de téléphone _____ Courriel _____

Avez-vous un médecin traitant? Non Oui – Précisez son nom et l'adresse de son cabinet _____

Date de la dernière consultation (avec un médecin de famille ou tout autre médecin)

	A				M			J
--	---	--	--	--	---	--	--	---

Raisons et résultats _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT (si conjoint de fait, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime pour confirmer son admissibilité)

Prénom _____ Nom _____

Taille _____ pi/po Poids _____ lb Sexe : M F
 m/cm kg

Date de naissance

	A				M			J
--	---	--	--	--	---	--	--	---

 Lieu de naissance _____

Emploi _____

N° de téléphone _____ Courriel _____

Avez-vous un médecin traitant? Non Oui – Précisez son nom et l'adresse de son cabinet _____

Date de la dernière consultation (avec un médecin de famille ou tout autre médecin)

	A				M			J
--	---	--	--	--	---	--	--	---

Raisons et résultats _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS À CHARGE

Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Taille	Poids									
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td>A</td><td></td><td></td><td></td><td>M</td><td></td><td></td><td>J</td></tr></table>		A				M			J	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> m/cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
	A				M			J						
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> m/cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> m/cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> m/cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg

COORDONNÉES DU PARTICIPANT

Adresse _____

N° Rue App. Code postal

--	--	--	--	--	--

Ville Province

Langue : Français Anglais

DÉCLARATION DE SANTÉ

Participant : êtes-vous effectivement au travail et physiquement capable d'effectuer toutes les tâches liées à votre emploi?

Oui Non, précisez. _____

IMPORTANT : Les questions 1 à 13 s'adressent au participant, au conjoint et aux enfants à charge, s'il y a lieu.

Donnez tous les détails relatifs aux réponses affirmatives au point 14.

	Participant		Conjoint		Enfants	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été absent du travail à cause d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage, sous quelque forme que ce soit, de tabac, de nicotine ou de cannabis mélangé avec du tabac?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours des cinq dernières années :						
a. avez-vous été hospitalisé dans un hôpital ou un autre établissement hospitalier pour observation, repos, diagnostic ou traitement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. avez-vous été diagnostiqué du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), de l'ARS (ensemble des affections liées au SIDA), du SLG (syndrome de lymphadénopathie généralisée), ou de toute autre affection du système immunitaire, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation ou reçu des traitements connexes ou des conseils pour lesdites maladies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. avez-vous fait usage, à l'exception de ceux prescrits par un médecin, de barbituriques, de cocaïne, d'héroïne, de cannabis, d'opiacés ou d'autres types de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. avez-vous pris part à un traitement pour usage abusif de drogues ou avez-vous été avisé d'y prendre part?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. avez-vous été avisé d'arrêter de boire ou avez-vous participé à tout traitement pour usage abusif d'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. avez-vous soumis une demande d'assurance vie ou d'assurance maladie qui a fait l'objet d'un refus ou d'un ajournement, ou pour laquelle une surprime ou une restriction a été imposée, ou qui a été émise pour un montant moindre que celui demandé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. avez-vous demandé ou reçu des prestations, une compensation ou une rente à cause d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi ou vous a-t-on conseillé de faire un des tests suivants? **Pour chaque test coché, précisez la date, la raison et les résultats** au point 14 de ce formulaire.

	Participant		Conjoint		Enfants	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
a. électrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. examen diagnostique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. scan ou résonance magnétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. examens sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. radiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. autres tests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécifiez	_____		_____		_____	

5. Prenez-vous actuellement des médicaments ou suivez-vous une diète?

Si oui, veuillez indiquer le nom du ou des médicaments ou le type de diète.			
Participant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Conjoint	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Enfants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prénom	Réponse
		Prénom	Réponse

▲ Important : Veuillez fournir tous les détails relatifs aux réponses affirmatives dans le tableau de la question 14.

6. Au cours des sept dernières années, avez-vous consulté un médecin ou un autre praticien, subi un examen ou été suivi par un médecin, été diagnostiqué comme souffrant de l'une ou l'autre des affections ou des maladies indiquées ci-après ou été traité pour celles-ci, en avez souffert ou avez-vous été avisé que vous en étiez atteint?

	Participant		Conjoint		Enfants			Participant		Conjoint		Enfants	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
a. troubles cardiaques ou douleurs à la poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. maladie de l'intestin ou troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. maladie du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. diarrhée chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. pouls irrégulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q. troubles urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. troubles des vaisseaux sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r. maladie du foie ou calculs biliaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. pleurésie, asthme ou emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s. maladie des organes génitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t. goitre ou maladies glandulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. troubles pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u. névrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. troubles de la pression artérielle, cholestérol élevé ou accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v. arthrite ou rhumatisme, sciatique, goutte, problèmes d'articulation ou des os ou tout type de lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. tumeur ou cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w. dystrophie musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. troubles mentaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x. diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. troubles de l'humeur ou autres troubles émotionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	y. fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. maladie du système nerveux, épilepsie ou convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z. problèmes de la vue, de l'ouïe ou de la gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aa. problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. ulcère ou maladie de l'estomac	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Participant		Conjoint		Enfants	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
7. Êtes-vous au courant d'un indice quelconque de troubles ou d'anomalies, d'ordre physique ou psychologique, qui ne sont pas divulgués dans les réponses données aux questions 1 à 6?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Êtes-vous au courant de signes ou de symptômes pour lesquels une consultation ou un examen serait nécessaire ou a déjà été planifié?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Pratiquez-vous ou comptez-vous pratiquer un sport professionnel ou une activité de loisirs à risques (ex. plongée, pilotage, parachutisme, course automobile, etc.)?

Si oui, veuillez spécifier le type d'activité et la fréquence.						
Participant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				
Conjoint	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				
Enfants	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Prénom		Réponse	
			Prénom		Réponse	

10. Pour les boissons alcoolisées, le tabac, le cannabis et les narcotiques ou drogues, indiquez la quantité hebdomadaire consommée. Si aucune, indiquez 0. Pour les boissons alcoolisées, 1 consommation = 1 bouteille de bière = 1 verre de vin = 1 once d'alcool.

		Bière	Vin	Alcool	Tabac	Cannabis	Narcotiques ou drogues
Participant							
Conjoint							
Enfant majeur	Prénom						
	Prénom						

▲ Important : Veuillez fournir tous les détails relatifs aux réponses affirmatives dans le tableau de la question 14.

Répondez aux questions 11 et 12 seulement si vous demandez la garantie d'assurance maladie grave.

	Participant		Conjoint		Enfants	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
11. Avez-vous des antécédents de névrite optique, d'engourdissements, de picotements, de pertes d'équilibre, de faiblesses des extrémités, de troubles visuels ou de pertes de sensation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Est-ce que l'un des membres de votre famille souffre ou a déjà souffert de troubles cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux, d'hypertension, de cancer, de diabète, de troubles des reins, de la chorée de Huntington, de sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), de maladie du motoneurone, de sclérose en plaques, de maladie d'Alzheimer, de polypose du côlon ou de toute autre maladie héréditaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

13. Si vous ou votre conjoint avez répondu « oui » à la question 12, veuillez remplir le tableau suivant.

	Cochez le membre de la famille	Maladies (si cancer, précisez le type)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès, s'il y a lieu
Participant	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
Conjoint	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				

14. Donnez tous les détails relatifs aux réponses affirmatives fournies aux questions 1 à 11.

N° de la question	Prénom	Raison, diagnostic, traitement, médication, chirurgie, s'il y a lieu, résultats et recommandation	Date du début de la maladie ou date du test			Période durant laquelle l'emploi n'a pu être exercé ou les tâches habituelles n'ont pu être effectuées	Date de guérison complète			Noms des médecins et des hôpitaux/cliniques
			A	M	J		A	M	J	
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
							<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

DÉCLARATION ET AUTORISATION

J'ATTESTE que les déclarations faites dans le présent formulaire et dans tout autre document annexé de même qu'à l'occasion de toute entrevue téléphonique sont complètes et véridiques et **JE CONSENS** à divulguer l'information nécessaire à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (iA Groupe financier), afin de déterminer mon assurabilité.

JE RECONNAIS que tous les renseignements obtenus dans le cadre de la présente demande d'assurance, y compris les renseignements sur le conjoint et les enfants, font partie du dossier du participant et que le participant peut en prendre connaissance.

JE RECONNAIS que l'assurance demandée est régie par les modalités de la police d'assurance collective et prendra effet à la date déterminée dans celle-ci seulement si iA Groupe financier accepte mon assurabilité.

J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, le MIB Inc., la commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de police, mon employeur ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée détenant des dossiers ou des renseignements à mon sujet ou, s'il y a lieu, au sujet de mes enfants mineurs, à communiquer à iA Groupe financier, à ses employés, à ses réassureurs ou à ses représentants tout renseignement nécessaire à l'étude de mon assurabilité ou de celle de mes enfants mineurs, s'il y a lieu.

J'AUTORISE également iA Groupe financier, ses employés et ses réassureurs à échanger avec ses filiales et d'autres assureurs ou institutions financières les renseignements personnels obtenus à des fins d'étude de mon assurabilité ou, s'il y a lieu, de celle de mes enfants mineurs et à faire enquête auprès d'eux pour l'évaluation du risque.

J'AUTORISE également iA Groupe financier à expédier tous les résultats anormaux de tests à mon médecin personnel.

J'AUTORISE également iA Groupe financier et ses réassureurs à fournir au MIB Inc. un bref rapport sur mon état de santé.

La présente déclaration et autorisation est valide aux fins de la présente police d'assurance collective. **Une photocopie de la présente déclaration et autorisation a la même valeur que l'original.**

IMPORTANT : Si vous envoyez ce formulaire par messagerie sécurisée, veuillez remplir la section « Signature électronique » ci-dessous. Si vous n'utilisez pas la messagerie sécurisée, veuillez signer ce formulaire à la main et nous le faire parvenir par télécopieur ou par la poste.

Par quel moyen désirez-vous envoyer le formulaire? par messagerie sécurisée par télécopieur ou par la poste

Signature électronique :

	Participant	Conjoint	Enfant majeur	Enfant majeur
En cochant cette case, J'APPOSE ma signature électronique, ce qui signifie que JE RECONNAIS avoir lu, compris et accepté les énoncés ci-haut.	<input type="checkbox"/> Confirmé	<input type="checkbox"/> Confirmé	<input type="checkbox"/> Confirmé Prénom de l'enfant _____	<input type="checkbox"/> Confirmé Prénom de l'enfant _____
Date de signature :				

Signature à la main :

X _____
Signature du participant

A M J
|_| |_| |_| |_| |_| |_|
Date de signature

X _____
Signature du conjoint

A M J
|_| |_| |_| |_| |_| |_|
Date de signature

X _____
Signature du ou des enfants majeurs

A M J
|_| |_| |_| |_| |_| |_|
Date de signature

OÙ SOUMETTRE LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI?

Par messagerie sécurisée de votre compte Espace client – Un moyen rapide et simple!

Voici comment :	4- Cliquer sur <i>Me connecter</i> .
1- Sauvegarder le formulaire sur votre ordinateur.	5- Cliquer sur l'enveloppe en haut de la page.
2- Aller sur ia.ca/moncompte.	6- Cliquer sur <i>Nouveau message</i> .
3- Entrer votre code d'accès et votre mot de passe.	7- Remplir la page et joindre le formulaire sauvegardé.

Par télécopieur : 1 888 780-3486

Par la poste : Sélection des risques
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

Des questions? Appelez-nous au 1 800 363-3540 poste 203320

PRÉAVIS DU MIB INC.

Les renseignements touchant votre assurabilité sont considérés comme confidentiels. Cependant, l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (iA Groupe financier) et ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport au MIB Inc., organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie et effectuant un échange de renseignements au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez une assurance vie ou une assurance maladie auprès d'une autre compagnie, membre du MIB Inc., ou si vous demandez des prestations ou des indemnités à cette dernière, le MIB Inc. fournira à la compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous.

À la réception d'une demande de votre part, le MIB Inc. prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant à votre dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB Inc., vous pourrez demander une rectification en envoyant une demande à cette adresse : MIB Inc., 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7, téléphone : 416 597-0590, télécopieur : 416 597-1193.

iA Groupe financier pourra, lui aussi, communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous auriez demandé une assurance vie ou une assurance maladie, ou auxquelles vous demanderiez des prestations ou des indemnités.

AVIS

Pour étudier votre demande d'assurance, l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. pourrait avoir besoin de renseignements additionnels.

On pourrait communiquer avec vous afin d'obtenir des renseignements additionnels à propos de votre santé et de votre situation financière. On pourrait alors vous demander de remplir un questionnaire médical ou de subir un test cognitif et de fournir un échantillon de sang ou d'urine.

AVIS DE DIVULGATION

À l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (iA Groupe financier), 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 iA Groupe financier.

Vous avez le droit de consulter votre dossier personnel et, si nécessaire, de corriger toute information erronée. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : iA Groupe financier, 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 iA Groupe financier, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services 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, iA Groupe financier peut fournir à votre employeur, ou titulaire de police, des statistiques financières ne contenant aucune information nominative.