



Québec et provinces de l'Atlantique
C. P. 790, succursale B.
Montréal (Québec) H3B 3K6

Ontario et provinces de l'Ouest
522, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

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

Nouvelle adhésion Remise en vigueur

À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATEUR

Nom du titulaire (employeur/organisme) _____ N° de police _____

N° de compte _____ N° de catégorie _____ Service _____ N° de certificat _____

Date d'emploi _____ Si le délai entre la date d'emploi et la date d'admissibilité ne correspond pas à la période d'attente prévue

Date d'admissibilité _____ au contrat, spécifier la raison: _____

Fonction: _____

Salaire: _____ \$ Hebdomadaire Annuel Bimensuel Mensuel Horaire - nombre d'heures travaillées par semaine: _____

REEMPLIR DANS LE CAS D'UNE REMISE EN VIGUEUR

Date à laquelle l'emploi précédent a pris fin _____ Date de réembauche à temps plein _____

Renseignements additionnels _____

Signature de l'administrateur _____ Date _____

À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Langue: Français Anglais Sexe: Masculin Féminin

État civil: Célibataire Divorcé/séparé Marié/union civile Conjoint de fait, depuis _____ Autre

Adresse _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	
Conjoint		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Enfant		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Si âgé de 21 ans ou plus, préciser: Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3. COORDINATION DES PRESTATIONS ET EXEMPTION (Remplir seulement si vous ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre contrat d'assurance.)

Cocher les cases appropriées.

Couverture chez l'autre assureur

Maladie: Individuelle Familiale Exemption
Dentaire: Individuelle Familiale Exemption

Exemption du participant

Assurance maladie
 Assurance soins dentaires

Exemption des personnes à charge

Assurance maladie
 Assurance soins dentaires

Nom du conjoint _____

N° de groupe du conjoint _____ N° de certificat du conjoint _____

Nom de la compagnie d'assurance du conjoint _____

Nom de l'employeur du conjoint _____

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

**AFIN QUE VOTRE DEMANDE DE PARTICIPATION SOIT TRAITÉE, VOUS DEVEZ REMPLIR ET SIGNER
LA SECTION DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT AU VERSO.**

4. GARANTIES FACULTATIVES (Vérifier auprès de l'administrateur de votre régime afin de savoir si des garanties facultatives sont offertes.)

	VIE	D.M.A.	DÉCLARATION
Participant	_____ \$	_____ \$	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé ou fait usage de cigarettes, de cigarillos, de cigares, de la pipe, de tabac à mâcher, de produits substitués de la nicotine sous forme de gomme à mâcher ou de timbres transdermiques ou de tout autre produit du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Signature du participant X _____
Conjoint	_____ \$	_____ \$	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé ou fait usage de cigarettes, de cigarillos, de cigares, de la pipe, de tabac à mâcher, de produits substitués de la nicotine sous forme de gomme à mâcher ou de timbres transdermiques ou de tout autre produit du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Signature du conjoint X _____
Enfant	_____ \$	_____ \$	

5. 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	
					<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
					<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.

6. DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE (Remplir seulement si le bénéficiaire n'a pas atteint l'âge légal de la majorité.)

Je désigne la personne dont le nom paraît ci-dessous à titre de fiduciaire pour recevoir toute somme payable à un bénéficiaire qui n'a pas atteint l'âge de la majorité ou qui n'a pas les capacités légales pour donner quittance. Je déclare que la quittance dudit fiduciaire constitue pour l'Industrielle Alliance une quittance valable relativement à la somme versée.

Nom et prénom du fiduciaire _____

N° d'assurance sociale _____

Signature du participant _____

Date _____

DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

Par la présente, **J'ADHÈRE** aux garanties auxquelles je suis ou je pourrais devenir admissible en vertu du régime d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police, sous réserve de toute exemption mentionnée et **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 dans la mesure où des garanties les touchent.

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, Assurance et services financiers inc., à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs à des fins de tarification, d'administration et d'acceptation de ma demande de participation et de celle de mes personnes à charge au sein du régime d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police.

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.

J'AUTORISE mon employeur à effectuer tout prélèvement nécessaire sur mon salaire dans le cas où des cotisations doivent être effectuées dans le cadre de mon régime d'assurance collective et à remettre les sommes à l'Industrielle Alliance.

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

Signature du participant _____

Date _____

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 aux dossiers personnels, 1080, chemin Saint-Louis, Sillery (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.

L'Industrielle Alliance peut établir une liste de ses clients et partager cette information au sein du Groupe Industrielle Alliance. Cette liste a pour but de permettre à l'Industrielle Alliance de mieux servir ses clients en leur offrant des produits et services appropriés. Toutefois, vous pouvez demander que votre nom soit retiré de cette liste en écrivant au responsable de l'accès aux dossiers personnels, à l'adresse mentionnée ci-dessus.