INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

Réinitialiser | Imprimer

PROPOSITION D'ASSURANCE MALADIE GRAVE POUR ENFANT À CHARGE - POUR ADHÉRENTS TARDIFS

Veuillez compléter et imprimer

Nom du titulaire de la police | N° de police | N° de division | Matricule

INFORMATION SUR L'EMPLOYÉ

Nom de famille | Prénom | Initiales | Sexe ○ H ○ F | Date de naissance (jj-mmm-aaaa)

COORDONNÉES DE L'EMPLOYÉ

Adresse postale | Ville | Prov. -- | Code postal

N° de téléphone (maison) | N° de téléphone (○ travail ○ cellulaire) | Courriel

INFORMATION SUR LES ENFANTS À CHARGE

Raison pour le retard d'adhésion | Montant d'assurance maladie grave pour personne(s) à charge demandée

1. Nom et prénom de chaque enfant à charge à assurer (enfants, beaux-enfants, et enfants adoptés légalement)	Sexe	Date de naissance (jj-mmm-aaaa)	Lequel des choix ci-dessous décrit le mieux votre enfant à charge? Cochez un choix	Taille	Poids
	○ H ○ F		○ Enfant ○ Étudiant postsecondaire à temps plein ○ Besoins spéciaux	○ pieds/pouces ○ cm	○ lbs ○ kgs
	○ H ○ F		○ Enfant ○ Étudiant postsecondaire à temps plein ○ Besoins spéciaux	○ pieds/pouces ○ cm	○ lbs ○ kgs
	○ H ○ F		○ Enfant ○ Étudiant postsecondaire à temps plein ○ Besoins spéciaux	○ pieds/pouces ○ cm	○ lbs ○ kgs
	○ H ○ F		○ Enfant ○ Étudiant postsecondaire à temps plein ○ Besoins spéciaux	○ pieds/pouces ○ cm	○ lbs ○ kgs
	○ H ○ F		○ Enfant ○ Étudiant postsecondaire à temps plein ○ Besoins spéciaux	○ pieds/pouces ○ cm	○ lbs ○ kgs

1. **Les enfants à charge devant être assurés sont-ils tous en bonne santé et sans symptômes de maladie ou d'affection?**
   Si «non», veuillez donner les détails ainsi que le nom de l'enfant à charge.
   ○ Oui ○ Non

2. **Un de vos enfants à charge admissibles a-t'il l'intention de voyager ou de résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis pour plus d'un mois?**
   Si «oui», veuillez inscrire le nom de l'enfant/des enfants, les dates du voyage, les villes et pays, et la raison du voyage
   ○ Oui ○ Non

3. **Un de vos enfants à charges a-t'il déjà présenté une proposition d'assurance qui fut refusée, ou acceptée avec une modification ou une surprime?**
   Si «oui», veuillez inscrire le nom de l'enfant/des enfants, date, nom de l'assureur, et la raison
   ○ Oui ○ Non

INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

Réinitialiser Imprimer

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Parmi les parents biologiques de l'enfant à charge, grands-parents, frères ou soeurs naturels, y en a-t'il qui aient déjà subi un pontage coronarien, souffert d'une crise cardiaque, d'angine ou de quelque autre forme de cardiopathie, d'un accident vasculaire cérébral, d'une polykystose rénale, du diabète, d'un cancer (si «oui», indiquez le type), de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson, de la sclérose en plaques, d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA), de la maladie de Huntington, d'alcoolisme, de quelque trouble nerveux ou mental ou d'une autre maladie héréditaire?
○ Oui ○ Non

Si «oui», veuillez donner les détails. Si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez une feuille séparée, signée et datée.

	Âge (si toujours vivant)	État de la santé (si toujours vivant)	Maladie ou affection	Âge au début de la maladie/ au diagnostic	Âge au décès (s'il y a lieu)
Père					
Mère					
Frères					
Sœurs					
Grands-parents maternels					
Grands-parents paternels					

AUTORISATION VEUILLEZ SIGNER À L'ENCRE

J'accuse réception de l'Avis de divulgation (ci-joint) décrivant les activités du Bureau de renseignements médicaux. J'autorise :

a) tout professionnel de la santé ainsi que toute autre institution publique ou privée de soins de santé ou toute institution de services sociaux, toute compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, tout promoteur de régime d'assurance, tout représentant, tout courtier ou tout intermédiaire de marché, tout tiers administrateur, tout agent de renseignements personnels ou toute agence d'investigation professionnelle et toute agence gouvernementale ou toute autre institution, tout autre organisme ou toute autre personne possédant des dossiers ou des renseignements au sujet de mon/mes enfant(s) à charge ou au sujet de son/leur état de santé, à donner à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ou à ses réassureurs de tels renseignements à des fins d'évaluation des risques, d'administration ou d'investigation relativement à une demande de règlement subséquente.

b) l'Industrielle Alliance ou ses réassureurs à divulguer et à échanger tout renseignement personnel obtenu par l'entremise des personnes et des organismes mentionnés ci-dessus à des fins d'évaluation de la présente proposition d'assurance, d'administration de tout certificat émis et aux fins de toute enquête relative à toute demande de règlement.

c) l'Industrielle Alliance à tester et à évaluer un échantillon de sang, d'urine ou de salive à des fins d'évaluation du risque d'assurance que peuvent représenter mon/mes enfant(s). Cette analyse comprend un test de dépistage des infections au VIH.

d) l'Industrielle Alliance à divulguer tout résultat anormal de test au médecin personnel de mon/mes enfant(s) à charge.

Je reconnais que toute correspondance en lien avec la présente proposition d'assurance, incluant la demande de renseignements médicaux supplémentaires et la communication de toute décision concernant l'évaluation des risques, sera envoyée à l'employé.

De plus, j'accuse réception de l'Avis sur les informations personnelles et confidentielles (ci-joint) qui résume certaines pratiques touchant la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels me concernant et concernant mon/mes enfant(s) à charge.

Je confirme que les réponses données précédemment, qui font partie intégrante d'une proposition d'assurance collective présentée à l'Industrielle Alliance, sont véridiques, complètes et consignées de façon correcte et qu'elles constituent, avec d'autres formulaires signés par moi-même en lien avec la présente proposition d'assurance, le fondement de tout certificat émis en vertu de celle-ci. Je comprends que toute assurance collective établie en vertu de la présente proposition d'assurance peut ne pas être valide en cas de réponse incorrecte ou de fausse déclaration données dans le cadre de la présente proposition d'assurance ou en cas de changement touchant mon assurabilité survenu entre la date de la présente proposition d'assurance et la date d'entrée en vigueur de la protection. Je reconnais qu'il est de ma responsabilité d'aviser l'Industrielle Alliance de tout changement relatif à l'état de santé de mon/mes enfant(s) à charge ou à son/leur assurabilité.

Je consens à ce que mon assurance ne prenne pas effet avant que ma proposition d'assurance dûment remplie soit acceptée par l'Industrielle Alliance et avant que la première prime mensuelle soit acquittée.

Une copie signée de la présente autorisation possède la même valeur que l'original.

X		X	
Signature de l'employé (obligatoire)	Date (jj-mmm-aaaa)	**Signature de la personne à charge** (si elle est agée de 16 ans ou plus)	Date (jj-mmm-aaaa)
X		**X**	
Signature de la personne à charge (si elle est agée de 16 ans ou plus)	Date (jj-mmm-aaaa)	**Signature de la personne à charge** (si elle est agée de 16 ans ou plus)	Date (jj-mmm-aaaa)

AVIS SUR LES INFORMATIONS PERSONNELLES ET CONFIDENTIELLES LISEZ ATTENTIVEMENT ET CONSERVEZ POUR VOS DOSSIERS

Nous avons besoin des renseignements détaillés que vous avez inscrits dans la proposition d'assurance que vous nous avez déjà remis, tout comme des renseignements supplémentaires que nous pourrions vous inviter à nous transmettre à l'occasion, pour traiter votre demande ainsi que toute demande de prestation que vous pourriez nous présenter. Afin de protéger la confidentialité de ces renseignements personnels, seules les personnes suivantes y ont accès : les personnes autorisées par vous-même ou par la loi ainsi que les employés de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., ses réassureurs, les tiers administrateurs, les mandataires, les agents et les courtiers de l'Industrielle Alliance, les promoteurs du régime et les agents et les courtiers de ces promoteurs, et les autres intermédiaires du marché qui sont responsables a) de la promotion d'un régime pour vous, b) de la commercialisation et de l'administration de produits et de services, c) de l'évaluation du risque (souscription) et d) des enquêtes sur les sinistres. **Votre dossier sera gardé dans les bureaux de l'Industrielle Alliance.**

Vous pouvez examiner sur demande les renseignements personnels contenus dans nos dossiers, sous réserve de certaines exceptions restreintes établies par la loi, et si nécessaire, de les avoir rectifiés en nous envoyant une demande écrite à l'adresse suivante : CP 5900, 2165 Broadway O, Vancouver, BC V6B 5H6, Attention : La Directrice, Administration des régimes collectifs, Solutions pour les marchés spéciaux. Nous apporterons les corrections nécessaires à nos dossiers. Si une correction que vous exigez est contestée, nous l'inscrirons tout de même dans le dossier. Vous trouverez d'autres renseignements sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels sur notre site web, à www.inalco.com. Vous pouvez aussi nous téléphoner au 1 800 266-5667 et demander qu'une copie de notre politique vous soit envoyée par télécopieur ou par la poste.

AVIS DE DIVULGATION - BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX LISEZ ATTENTIVEMENT ET CONSERVEZ POUR VOS DOSSIERS

Les renseignements touchant votre assurabilité seront considérés confidentiels. Cependant, l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. et ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport au Bureau de renseignements médicaux, organisme à but non-lucratif formé de compagnies d'assurance-vie et effectuant un échange d'information au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez à une assurance-vie ou si vous lui demandez des prestations ou des indemnités, le Bureau fournira à cette compagnie membre, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous.

Sur réception d'une demande de votre part, le Bureau prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant sur votre dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pourrez lui demander une rectification. Voici l'adresse : Bureau de renseignements médicaux, 330 avenue University, Toronto, ON, Canada M5G 1R7. Téléphone : (416) 597-0590.

L'Industrielle Alliance pourra, elle aussi, communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance-vie auxquelles vous auriez demandé une assurance-vie or une assurance-maladie, ou auxquelles vous demanderiez des prestations ou des indemnités.

ENVOYEZ VOTRE FORMULAIRE REMPLI À :

solutions
POUR LES MARCHÉS SPÉCIAUX

Solutions pour les marchés spéciaux
Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
2165 Broadway O, CP 5900, Vancouver, BC V6B 5H6

QUESTIONS?

Veuillez appeler sans frais le **1-800-266-5667**,
du lundi au vendredi de 6h30 à 16h30 HNP
ou envoyer un courriel à **solutions@inalco.com**