

PROPOSITION D'ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE

Veillez remplir, imprimer et signer.

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE CETTE SECTION DOIT TOUJOURS ÊTRE REMPLIE

| | | | | |
|--------------------------|--|--|---|---------------------------------|
| Nom de famille | Prénom | Initiales | Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin | Date de naissance (jj-mmm-aaaa) |
| Lieu de naissance | Nom de l'employeur | Êtes-vous un membre d'ALPA? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | N° de membre ALPA |
| Adresse postale | Ville | Prov. | Code postal | |
| N° de téléphone (maison) | N° de téléphone (<input type="radio"/> travail <input type="radio"/> cellulaire) | Courriel | | |

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT SI L'ASSURANCE DU CONJOINT EST DEMANDÉE

Êtes-vous également un membre d'ALPA? Oui Non Si « oui », veuillez remplir une proposition séparée.

Quel type de conjoint s'applique à vous? marié union civile conjoint de fait, veuillez indiquer la date du début de la cohabitation (jj-mmm-aaaa)

| | | | | |
|-------------------|------------|-----------|---|---------------------------------|
| Nom de famille | Prénom | Initiales | Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin | Date de naissance (jj-mmm-aaaa) |
| Lieu de naissance | Profession | | | |

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE SÉLECTIONNEZ L'ASSURANCE DEMANDÉE

Assurance maladie grave du membre

(Unités de 25 000 \$ jusqu'à un maximum de 300 000 \$)

Montant d'assurance total demandé (inclure tout montant déjà en place)

Assurance maladie grave du conjoint

(Unités de 25 000 \$ jusqu'à un maximum de 300 000 \$)

Montant d'assurance total demandé (inclure tout montant déjà en place)

Assurance maladie grave des enfants à charge*

(Unités de 5000 \$ jusqu'à un maximum de 10 000 \$ - disponible seulement si le membre est assuré ou demande et est approuvé pour l'assurance maladie grave)

Montant d'assurance total demandé (inclure tout montant déjà en place)

*** Si l'assurance maladie grave des enfants à charge est demandée, veuillez remplir le Formulaire supplémentaire pour enfant à charge n° 4584 F**

COORDONNÉES DU MÉDECIN PERSONNEL CETTE SECTION DOIT TOUJOURS ÊTRE REMPLIE LORSQUE VOUS FAITES UNE DEMANDE

Médecin personnel du membre

| | | | |
|---|------------------------------------|-------|-------------|
| Nom du médecin personnel | N° de téléphone | | |
| Adresse postale | Ville | Prov. | Code postal |
| Date de la dernière consultation de quelque médecin que ce soit (jj-mmm-aaaa) | Raison de la dernière consultation | | |
| Résultats (p. ex. normaux), diagnostic, traitement ou médicament prescrit | | | |

Médecin personnel du conjoint

| | | | |
|---|------------------------------------|-------|-------------|
| Nom du médecin personnel | N° de téléphone | | |
| Adresse postale | Ville | Prov. | Code postal |
| Date de la dernière consultation de quelque médecin que ce soit (jj-mmm-aaaa) | Raison de la dernière consultation | | |
| Résultats (p. ex. normaux), diagnostic, traitement ou médicament prescrit | | | |

QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE STYLE DE VIE CETTE SECTION DOIT TOUJOURS ÊTRE REMPLIE LORSQUE VOUS FAITES UNE DEMANDE

| Si vous répondez « oui » à l'une des questions ci-dessous (ou « non » à la question 8), veuillez remplir la section détails ci-dessous. | | Membre | | Conjoint | | |
|---|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Oui | Non | Oui | Non | |
| 1) Employé : | Taille : <input type="text"/> <input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm | Poids : <input type="text"/> <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg | | | | |
| 2) Conjoint : | Taille : <input type="text"/> <input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm | Poids : <input type="text"/> <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg | | | | |
| 3) | Avez-vous utilisé un produit de tabac, sous quelque forme que ce soit (à l'exception d'une moyenne d'un cigare par mois), comprenant les produits contenant de la nicotine, la cigarette électronique, la marijuana mélangée à du tabac, le haschisch mélangé à du tabac, les produits pour cesser de fumer, la noix ou la feuille de bétel, le supari, le paan, le gutka ou le shisha, durant les 12 derniers mois? Si « oui », veuillez indiquer le produit utilisé et donner des détails ci-dessous. | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4) | Avez-vous volé en tant que pilote, étudiant-pilote ou membre d'équipage au cours des deux dernières années, ou avez-vous l'intention de le faire? | | N/A | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5) | Avez-vous déjà pratiqué ou envisagez-vous de pratiquer des activités ou des sports dangereux (plongée sous-marine, parachutisme, ou autre)? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6) | Avez-vous l'intention de voyager ou de résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis pour plus d'un mois? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7) | Avez-vous déjà fait une demande d'assurance-vie, d'assurance invalidité ou d'assurance maladie grave qui a été refusée ou reportée ou pour laquelle on a exigé une surprime ou imposé quelque modification? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8) | Travaillez-vous actuellement à temps plein? Si « non », veuillez donner des détails incluant la raison pour laquelle vous ne travaillez pas à temps plein. | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9) | Avez-vous déjà souffert d'une des maladies ou affections suivantes ou été soigné pour l'une d'elles : cancer, tumeur, kyste, polype ou autre excroissance, nævus, anémie, trouble sanguin ou quelque forme d'affection mélangée? ou encore, d'une anomalie du système immunitaire comme le SIDA (syndrome immunodéficientaire acquis), la séropositivité pour le VIH, l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, des lésions cutanées inhabituelles ou des infections inexplicables? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10) | Avez-vous déjà souffert d'une des maladies ou affections suivantes ou été soigné pour l'une d'elles : douleurs thoraciques, angine de poitrine, crise cardiaque, hypertension artérielle, ECG anormal, accident vasculaire cérébral, paralysie, accident ischémique transitoire (AIT), taux de cholestérol élevé, ou autres troubles cardiaques, de l'aorte, des vaisseaux sanguins ou de l'appareil circulatoire? du diabète, d'une pancréatite, d'une affection thyroïdienne ou de quelque autre trouble endocrinien? ou encore, d'une affection pulmonaire ou autre maladie respiratoire, de tout trouble des yeux (autre que la myopie ou la presbytie), des oreilles, des cordes vocales ou du larynx, y compris la perte de la parole? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11) | Avez-vous déjà été traité ou vous a-t-on déjà posé un diagnostic pour quelque maladie ou affection des reins, de la vessie, de la prostate (y compris un taux d'APS élevé) ou du sein (y compris un kyste, une masse ou une biopsie, mammographie ou échographie anormale) ou pour quelque autre trouble génito-urinaire, l'hépatite B ou C (y compris le fait d'en être porteur), une cirrhose ou autre affection du foie, une colite ulcéreuse, la maladie de Crohn ou autre trouble du tractus gastro-intestinal? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12) | Avez-vous déjà souffert d'une des maladies ou affections suivantes ou été soigné pour l'une d'elles : étourdissements, convulsions, épilepsie, tremblements, paresthésie, perte d'équilibre, engourdissement, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou autre trouble neurologique? d'un état de stress, d'anxiété, de dépression ou de quelque autre trouble psychique? d'une maladie ou affection des muscles, des ligaments, des tendons, des os ou des articulations, y compris, mais non exclusivement, l'arthrite, toute forme de lupus et toute amputation ou difformité? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13) | Avez-vous déjà fait usage de marijuana, d'héroïne, de morphine, de cocaïne, de LSD, de barbituriques, d'amphétamines ou d'autres drogues ou narcotiques, sauf sur ordonnance de votre médecin? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14) | a) Consommez-vous actuellement plus de 12 boissons alcoolisées par semaine? Si « oui », indiquez le nombre, le type et la fréquence de consommation. | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | b) Avez-vous déjà changé votre mode de consommation d'alcool (augmentation ou diminution), vous a-t-on déjà conseillé de suivre ou avez-vous suivi un traitement contre l'abus de drogues ou d'alcool ou participé à un programme de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15) | Souffrez-vous d'une affection pour laquelle on a recommandé une hospitalisation, des tests complémentaires, une investigation ou une intervention chirurgicale encore à faire ou dont vous attendez les résultats? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16) | Prenez-vous des médicaments sur ordonnance? Si « oui », indiquez le nom des médicaments et la raison pour laquelle vous les prenez. | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17) | Souffrez-vous de symptômes ou de problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou été soigné? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18) | Au cours de la dernière année, avez-vous été absent du travail durant plus de sept jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19) | Votre poids a-t-il changé durant la dernière année? Si « oui », veuillez donner des détails incluant la raison et le nombre de livres/kilogrammes en gain ou en perte. | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20) | Femmes seulement : Êtes-vous enceinte? Si « oui », veuillez fournir la date prévue de l'accouchement et nous aviser si vous avez eu des complications avec cette grossesse ou toute autre grossesse dans le passé. | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21) | Au cours des dix dernières années, avez-vous consulté un médecin, été soigné ou hospitalisé, subi une intervention chirurgicale ou un examen (étant exclus les examens routiniers et les traumatismes légers) pour quelque maladie ou affection non mentionnée ci-dessus? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22) | Avez-vous déjà reçu ou demandé des prestations ou une rente pour maladie, blessure ou infirmité? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23) | Avez-vous été condamné ou êtes-vous en attente d'une condamnation pour une infraction criminelle, votre permis de conduire a-t-il déjà été suspendu ou, au cours des trois dernières années, avez-vous été condamné pour plus de trois infractions au Code de la route? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

DÉTAILS POUR CHAQUE QUESTION À LAQUELLE VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » (OU « NON » À LA QUESTION 8) VEUILLEZ PRÉCISER LES DÉTAILS CI-DESSOUS

| N° de la question | Nom de la personne à assurer | Détails (veuillez préciser les dates, durées, nom et adresse de tous les médecins et hôpitaux, etc.). Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez annexer une feuille, signée et datée. |
|-------------------|------------------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX CETTE SECTION DOIT TOUJOURS ÊTRE REMPLIE LORSQUE VOUS FAITES UNE DEMANDE

Parmi vos parents, frères ou sœurs naturels, y en a-t-il qui aient déjà subi un pontage, 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?

| Membre | | Conjoint | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Oui | Non | Oui | Non |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si « oui », veuillez remplir le tableau suivant. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez annexer une feuille, signée et datée.

| | Membre | | | Conjoint | | |
|----------|----------------------|--|------------------------------|----------------------|--|------------------------------|
| | Maladie ou affection | Âge au début de la maladie/au diagnostic | Âge au décès (s'il y a lieu) | Maladie ou affection | Âge au début de la maladie/au diagnostic | Âge au décès (s'il y a lieu) |
| Père | | | | | | |
| Mère | | | | | | |
| Frère(s) | | | | | | |
| Sœur(s) | | | | | | |

MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE

- Débit préautorisé mensuel (DPA)**
J'ai annexé à la présente un formulaire d'Entente de débit préautorisé (DPA) dûment rempli qui autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») à prélever la prime exigible (plus les taxes applicables) à mon compte.
- Chèque**
J'ai annexé à la présente un chèque couvrant la première prime mensuelle, libellé à « iA Groupe financier ». Je comprends que le solde de la prime (plus les taxes applicables) sera facturé dès que ma proposition aura été approuvée.
- Pour les clients existants seulement**
Veuillez utiliser mon mode de paiement actuel.
- Facturez-moi**
Veuillez m'envoyer un relevé de prime une fois que ma couverture aura été approuvée. Je comprends que la couverture va entrer en vigueur le jour auquel ma demande dûment remplie aura été recue et que la prime du premier mois aura été payée.

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 à mon sujet ou au sujet de mon état de santé, à donner à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») 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) la société 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) la société à tester et à évaluer un échantillon de mon sang, de mon urine ou de ma salive à des fins d'évaluation du risque d'assurance que je représente. Cette analyse comprend un test de dépistage des infections au VIH.
- d) la société à divulguer tout résultat anormal de test à mon médecin personnel.

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 au proposant. Si la couverture pour enfants à charge est demandée, toute communication sera envoyée au membre/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. J'accepte que les renseignements personnels me concernant soient utilisés aux fins décrites dans la présente proposition d'assurance. Je comprends que mon consentement à l'utilisation de toute information afin de m'offrir des produits et des services est facultatif et que s'il advenait que je veuille mettre fin à une telle utilisation, je peux communiquer avec la société, par téléphone, au numéro indiqué sur la présente proposition d'assurance ou écrire à l'adresse mentionnée sur cette dernière.

Je confirme que les réponses données précédemment, qui font partie intégrante d'une proposition d'assurance collective présentée à la société, 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 couverture. Je reconnais qu'il est de ma responsabilité d'aviser la société de tout changement relatif à mon état de santé ou à mon assurabilité. Je consens à ce que mon assurance ne prenne pas effet avant que ma proposition d'assurance dûment remplie soit acceptée par la société et avant que la première prime mensuelle soit acquittée.

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

X

Signature du membre
(obligatoire)

Date de la signature
(jj-mmm-aaaa)

X

Signature du conjoint
(si l'assurance est demandée)

Date de la signature
(jj-mmm-aaaa)

ENTENTE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Veuillez remplir, imprimer et signer.

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

| | |
|------------------------|----------------------|
| Titulaire de la police | N° de police |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE/L'EMPLOYÉ

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nom de famille | Prénom | Initiales |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

RENSEIGNEMENTS BANCAIRES POUR DÉBITS PRÉAUTORISÉS MENSUELS

VEUILLEZ ANNEXER UN CHÈQUE PERSONNEL PORTANT LA MENTION « ANNULÉ » OU FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS CI-DESSOUS

| | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nom du ou des titulaires du compte tel qu'il figure dans les registres de l'institution financière | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Adresse du ou des titulaires du compte | Ville | Province | Code postal |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nom de l'institution financière | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Adresse de la succursale | Ville | Province | Code postal |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

LA CATÉGORIE DE DPA

SI CETTE SECTION N'EST PAS REMPLIE, LE DPA SERA TRAITÉ COMME PERSONNEL.

Dépense personnelle Dépense d'entreprise

Mode de retrait

Fixed Variable

N° de succursale (Voir exemple →)

N° de l'institution financière (Voir exemple →)

N° de compte (Voir exemple →)

Exemple →

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------|-----|
| INDUSTRIELLE ALLIANCE ASSURANCE AND FINANCIAL SERVICES INC. 2165 WEST BROADWAY VANCOUVER BC V6B 5H6 | | YYYY MM DD | 111 |
| Client Name and Address | | | |
| PAY TO THE ORDER OF | | | |
| | | | \$ |
| ROYAL BANK OF CANADA MAIN BRANCH - VANCOUVER ROYAL BANK 215 W. GEORGIA ST. VANCOUVER BC V6E 2N9 | | | |
| Assigned Transit Address | | | |
| MEMO | | | |
| 111 | 00000-000 | 000-000-0 | |
| N° de succursale | N° de l'institution financière | N° de compte | |

Recours

Vous avez droits de recours si un débit n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit non autorisé ou qui ne correspond pas au montant stipulé dans la présente entente de DPA. Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droits de recours, veuillez communiquer avec votre institution financière ou allez à www.paiements.ca.

AUTORISATION COMPLÉTER À L'ENCRE S.V.P.

En ma (notre) qualité de titulaire(s) du compte, j'autorise (nous autorisons) l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») et l'institution financière susmentionnée ou qui figure sur le chèque portant la mention « ANNULÉ » ci-joint à retirer les paiements mensuels variables de mon (notre) compte auprès de la succursale en question afin de prélever les primes, les taxes de vente applicables et les frais de service relatifs à l'assurance conformément aux conditions de la police.

Le montant du DPA sera porté au débit du compte susmentionné le 1^{er} jour de chaque mois ou le jour ouvrable suivant. Je consens (Nous consentons) à informer par écrit la société de tout changement aux renseignements bancaires figurant ci-dessus.

Je renonce (nous renonçons) au droit de recevoir un préavis concernant le montant qui sera débité chaque mois et la date de ce débit. Cependant, la société fournira un avis écrit du montant du DPA au moins trois (3) jours civils avant que le premier DPA ne soit débité.

Je peux (Nous pouvons) annuler la présente entente de DPA en tout temps en donnant un préavis écrit à la société à l'adresse indiquée ci-dessous. Ce préavis doit parvenir à la société au moins dix (10) jours ouvrables avant la date du prochain débit. Pour obtenir un échantillon du formulaire d'annulation ou pour tout complément d'information sur mon (notre) droit d'annuler l'entente de DPA, je dois (nous devons) communiquer avec mon (notre) institution financière ou aller à www.paiements.ca.

Je comprends (Nous comprenons) que l'annulation de la présente entente de DPA n'aura aucune incidence sur l'assurance prévue en vertu de cette police, pourvu que le paiement soit reçu lorsqu'il est exigible et qu'il soit fait conformément aux modalités de la police.

La présente entente de DPA s'applique seulement au mode de paiement. Je comprends (Nous comprenons) que le fait de remplir le présent formulaire d'entente de DPA ne signifie pas que la proposition d'assurance a été approuvée.

X

Signature du membre/de l'employé
(signature obligatoire)

Date (jj-mmm-aaaa)

X

Signature de tous les autres titulaires du compte
(si elle est exigée pour ce compte)

Date (jj-mmm-aaaa)

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?

Pour communiquer avec un spécialiste du Service à la clientèle :
1.800.266.5667 (sans frais)
604.737.3802 (Vancouver)
solutions@ia.ca
Du lundi au vendredi, de 6 h 30 à 16 h 30 heure du Pacifique

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. (« la société »), ses réassureurs, les tiers administrateurs, les agents et les courtiers de la société, les promoteurs du régime et les agents et les courtiers de ces promoteurs, et les autres intermédiaires du marché aux fins a) de la promotion d'un régime pour vous, b) de la commercialisation et de l'administration de produits et de services de la société, c) de l'évaluation du risque (souscription) et d) des enquêtes sur les sinistres (le cas échéant). **Votre dossier sera gardé dans nos bureaux.**

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 : 2165 Broadway O, CP 5900, Vancouver, BC V6B 5H6, Attention : Le Directeur, 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 en ligne à ia.ca. 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. (« la société ») et ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport au Bureau de renseignements médicaux, un 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 demander une rectification. Voici l'adresse : Bureau de renseignements médicaux, 330 avenue University, Toronto, Ontario, Canada M5G 1R7. Téléphone : (416) 597-0590.

La société pourra 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.

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?

Pour communiquer avec un spécialiste du Service à la clientèle :
1.800.266.5667 (sans frais)
604.737.3802 (Vancouver)
solutions@ia.ca
Du lundi au vendredi, de 6 h 30 à 16 h 30 heure du Pacifique