

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

Veillez remplir, imprimer et signer.

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

Titulaire de la police	N° de police	N° de division	Matricule
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ 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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse postale	Ville	Prov.	Code postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
N° de téléphone (maison)	N° de téléphone (<input type="radio"/> travail <input type="radio"/> cellulaire)	Courriel		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS À CHARGE

Raison pour le retard d'adhésion	Montant d'assurance maladie grave pour personne(s) à charge demandée
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom et prénom de chaque enfant à charge à assurer (enfants, beaux-enfants, et enfants adoptés légalement)	Sexe	Date de naissance (jj-mmm-aaaa)	Veillez choisir la description qui représente le mieux votre enfant à charge? Cochez un choix	Taille	Poids
	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin		<input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Étudiant à temps plein dans un établissement post-secondaire <input type="radio"/> Besoins spéciaux	<input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm	<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg
	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin		<input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Étudiant à temps plein dans un établissement post-secondaire <input type="radio"/> Besoins spéciaux	<input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm	<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg
	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin		<input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Étudiant à temps plein dans un établissement post-secondaire <input type="radio"/> Besoins spéciaux	<input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm	<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg
	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin		<input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Étudiant à temps plein dans un établissement post-secondaire <input type="radio"/> Besoins spéciaux	<input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm	<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg
	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin		<input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Étudiant à temps plein dans un établissement post-secondaire <input type="radio"/> Besoins spéciaux	<input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm	<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg

1. Vos enfants à charge sont-ils tous en bonne santé et sans symptômes et/ou diagnostics de maladie, affection, trouble ou de toute anomalie physique ou mentale?

Si « non », veuillez indiquer le nom de l'enfant à charge et donner des détails.

Oui Non

2. L'un de vos enfants à charge 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 donner des détails incluant le nom de l'enfant à charge, les dates du voyage, les villes et pays, et la raison du voyage.

Oui Non

3. L'un de vos enfants à charge a-t-il déjà présenté une proposition d'assurance qui fut refusée, ou acceptée avec une modification ou une surprime?

Si « oui », veuillez donner des détails incluant le nom de l'enfant à charge, la date, nom de l'assureur et la raison.

Oui Non

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?

Oui **Non**

Si « oui », veuillez remplir le tableau suivant. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez annexer une feuille, 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					
Frère(s)					
Sœur(s)					
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 :

- | | |
|--|---|
| <p>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.</p> | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>d) la société à divulguer tout résultat anormal de test à mon médecin personnel.</p> |
|--|---|

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.

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.

<p>X</p> <p>_____ Signature de l'employé (obligatoire)</p>	<p>X</p> <p>_____ Signature de la personne à charge (si elle est âgée de 16 ans ou plus)</p>
<p>_____ Date (jj-mmm-aaaa)</p>	<p>_____ Date (jj-mmm-aaaa)</p>
<p>X</p> <p>_____ Signature de la personne à charge (si elle est âgée de 16 ans ou plus)</p>	<p>X</p> <p>_____ Signature de la personne à charge (si elle est âgée de 16 ans ou plus)</p>
<p>_____ Date (jj-mmm-aaaa)</p>	<p>_____ Date (jj-mmm-aaaa)</p>

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 : 400-988 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.
400-988 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