

A division of CFMWS
Une division des SBMFC

FORMULAIRE SUPPLÉMENTAIRE POUR ENFANT À CHARGE

**Veillez compléter un formulaire pour chaque enfant
à charge pour lequel vous faites une demande.**

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

N° de police collective N° de référence iA (pour les membres ayant une couverture déjà en place)
100011627 _____

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)	Numéro matricule
_____	_____	_____		_____	_____
Adresse postale			Ville	Prov.	Code postal
_____			_____	_____	_____
N° de téléphone (maison)	N° de téléphone (<input type="radio"/> travail <input type="radio"/> cellulaire)		Courriel		
_____	_____		_____		

SÉLECTION DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE MALADIE GRAVE

5 000 \$ 10 000 \$

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT À CHARGE

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

Veillez choisir la description qui représente le mieux votre enfant à charge :

- Enfant**
Personne à charge qui est âgée de plus de 14 jours et de moins de 21 ans, célibataire et entièrement à la charge de ses parents.
- Étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire**
Personne à charge qui est âgée entre 21 et 25 ans, célibataire et entièrement à la charge de ses parents en raison d'études à temps plein dans une école, un collège ou une université reconnus.
- | | |
|---|---|
| Taille | Poids |
| _____ | _____ |
| <input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm | <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg |
| Nom de l'institution scolaire | |
| _____ | |

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PERSONNEL

Médecin personnel ou clinique de l'enfant à charge

Nom du médecin personnel / de la clinique	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

1. **A-t-il eu une perte ou un gain de poids de plus de 10 lbs. au cours des 12 derniers mois?** Oui Non

Si « oui », veuillez répondre aux questions suivantes : De combien fut le changement de poids?

Était-ce un gain ou une perte? Raison

lb kg

gain perte

2. **L'enfant à charge a-t-il déjà présenté une proposition d'assurance qui fut refusée, ou acceptée avec une modification ou une surprime?** Oui Non

Si « oui », veuillez inscrire la date, nom de l'assureur et la raison du refus, de la modification ou de la surprime.

3. **Ailleurs que dans le cadre des fonctions militaires du membre en tant que membre actif, votre enfant 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?** Oui Non

Si « oui », veuillez inscrire les dates du voyage, les villes et pays, et la raison du voyage.

4. **Votre enfant à charge est-il en bonne santé et sans symptômes de maladie ou d'affection?** Oui Non

Si « non », veuillez donner les détails.

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

DÉCLARATION ET 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. (« 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 sang, d'urine ou de salive à des fins d'évaluation du risque d'assurance que peut représenter mon enfant à charge. Cette analyse comprend un test de dépistage des infections au VIH.
- d) la société à divulguer tout résultat anormal de test au médecin personnel de mon enfant à charge.

Je confirme que je suis autorisé à divulguer des informations concernant mon enfant à charge aux fins de la détermination de son admissibilité à la couverture.

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 membre.

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 enfant à charge.

Je consens à l'utilisation de mes renseignements personnels aux fins expliquées dans la présente demande. Je comprends que mon consentement à l'utilisation de ces renseignements pour m'offrir des produits et services est facultatif et que si je désire retirer mon consentement, je peux téléphoner ou écrire à la société au numéro de téléphone ou à l'adresse indiqué sur la présente demande.

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 pourrait ne pas être valide en cas de réponse incorrecte ou de fausse déclaration données dans le cadre de la présente proposition d'assurance.

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

X

Signature du membre
(obligatoire)

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. (« 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 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.
400-988 Broadway O, CP 5900, Vancouver, BC V6B 5H6

QUESTIONS?

Pour communiquer avec un spécialiste du Service à la clientèle :
1.855.747.4717 (sans frais)
sisipci@ia.ca
Du lundi au vendredi, de 6 h 30 à 16 h 30 heure du Pacifique