

À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME

Vous utilisez l'Espace client pour l'adhésion du participant? Veuillez conserver ce formulaire dans vos dossiers.

Vous n'utilisez pas l'Espace client? Veuillez conserver l'original de ce formulaire dans vos dossiers et soumettre une photocopie à iA Groupe financier par :

Télécopieur : 1 888 780-2376

Courrier : Administration
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

À REMPLIR ET À SIGNER PAR L'ADMINISTRATEUR (écrire à l'encre et en caractères d'imprimerie)

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

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

N° ou nom d'emplacement (s'il y a lieu) _____ N° de certificat donné par l'assureur

Emploi du participant _____

Date d'emploi

A	M	J

 Date d'admissibilité

A	M	J

 Date de réembauche à temps plein en cas de remise en vigueur

A	M	J

Si vous n'appliquez pas la période d'attente, expliquez pourquoi : _____

Salaire _____ \$ Annuel Toutes les 2 semaines Horaire – heures travaillées/semaine _____
 Mensuel Bimensuel Hebdomadaire

Signature de l'administrateur _____ Date

A	M	J

Courriel de l'administrateur _____ N° de tél. _____

À REMPLIR ET À SIGNER PAR LE PARTICIPANT (écrire à l'encre et en caractères d'imprimerie)

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Prénom _____ Nom _____

Adresse

N°	Rue	App.	Ville	Province	Code postal

Date de naissance

A	M	J

 Sexe : Masculin Féminin Langue : Français Anglais

Dépôt direct du remboursement de vos frais médicaux et dentaires et notification du traitement de vos réclamations

Informations bancaires pour le dépôt direct :

n° succursale	n° institution	n° compte

1	2	3	4

- 1 Numéro du chèque (n'inscrivez pas ce numéro).
- 2 Numéro de la succursale (5 chiffres).
- 3 Numéro de l'institution financière (3 chiffres).
- 4 Numéro de compte jusqu'à 12 chiffres. Le format peut varier selon l'institution financière. **Indiquez tous les chiffres et seulement les chiffres.**

Courriel pour la notification : _____ Personnel Travail

⚠ Pour recevoir les notifications, vous devez fournir votre adresse courriel et vos informations bancaires.

Je ne veux pas recevoir de notification.

Le statut et le détail de vos réclamations de frais médicaux et dentaires sont disponibles en tout temps dans l'Espace client, notre site Web sécurisé.

Veuillez remplir les 4 pages de ce formulaire et signer la section « DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT ».

IMPORTANT : L'assurance vie de base des personnes à charge sera automatiquement appliquée, dans la mesure où cette protection est prévue à votre régime et que vos personnes à charge (conjoint et enfants) sont admissibles. Cette règle devra être appliquée sans égard à la protection santé et dentaire choisie (protection individuelle, familiale, monoparentale, couple ou protection refusée).

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT

Prénom _____ Nom _____

Date de naissance

	A				M			J

 Sexe : Masculin Féminin

Est-ce que votre conjoint a déjà une protection santé ou dentaire en vertu d'un autre régime collectif? Oui Non

Si oui, spécifiez ce qui suit :

Protection santé : Individuelle Familiale Monoparentale Couple Date d'effet :

						M		J

Protection dentaire : Individuelle Familiale Monoparentale Couple Date d'effet :

						M		J

Nom de l'assureur _____

N° de police _____ N° de certificat _____

N. B. : Si votre conjoint est un conjoint de fait, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime pour confirmer son admissibilité.

3. RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS À CHARGE (demeurant avec vous ou non. – Si plus d'espace est nécessaire, veuillez utiliser une feuille supplémentaire. Veuillez dater et signer tout document annexé.)

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

* L'âge limite peut varier selon votre régime. Pour connaître celui-ci, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.

Si un de vos enfants à charge est couvert par un régime d'assurance collective autre que le vôtre ou celui de votre conjoint, remplissez le tableau suivant :

Enfant Prénom, nom	Type de régime (ex. : régime scolaire, etc.)	Nom de l'assureur	N° de police

4. CHOIX DE PROTECTION

Protection demandée : Individuelle Familiale Monoparentale¹ Couple¹

¹ Choisissez cette protection seulement si elle est offerte dans votre régime. Veuillez noter que si la protection *Monoparentale* ou la protection *Couple* ne sont pas offertes, votre protection par défaut sera la protection *Familiale*.

Précisez : Option/module/régime (s'il y a lieu) _____

Si vous ou vos personnes à charge **avez déjà les protections santé ou dentaire en vertu d'un autre régime collectif**, vous pouvez les refuser en cochant les cases appropriées ci-dessous.

Pour moi-même et mes personnes à charge : Je refuse la protection santé Je refuse la protection dentaire

Pour mes personnes à charge seulement : Je refuse la protection santé Je refuse la protection dentaire

N. B. : Si vous refusez des protections et désirez y adhérer plus tard, certaines conditions pourront s'appliquer. Informez-vous auprès de l'administrateur de votre régime.

5. PROTECTIONS FACULTATIVES

Vous pouvez souscrire des protections facultatives pour bonifier vos montants d'assurance vie, décès et mutilation accidentels (DMA) et maladie grave. Avant d'y souscrire, veuillez vérifier auprès de l'administrateur de votre régime si des protections facultatives sont offertes en vertu de votre régime d'assurance collective.

Des protections facultatives ExtensIA sont offertes en vertu de votre régime? Vous pouvez y souscrire en ligne. Veuillez vous rendre sur l'Espace client, notre site Web sécurisé, et, sous *ExtensIA – Garanties facultatives*, cliquer sur *Adhésion en ligne*. Vous pouvez aussi remplir le formulaire *ExtensIA – Demande d'adhésion*.

Des protections facultatives standards sont offertes en vertu de votre régime? Veuillez simplement remplir le tableau ci-dessous. Veuillez vérifier auprès de l'administrateur de votre régime si vous devez remplir le formulaire *Preuves d'assurabilité* (F54-002).

⚠ Veuillez indiquer le montant d'assurance à ajouter. Ne pas inclure l'assurance de base.

	Vie	Décès et mutilation accidentels	Maladie grave	Déclaration (à remplir uniquement si vous souhaitez ajouter les protections facultatives vie et maladie grave)
Participant	_____ \$	_____ \$	_____ \$	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage, sous quelque forme que ce soit, de tabac, de nicotine ou de cannabis mélangé avec du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conjoint	_____ \$	_____ \$	_____ \$	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que votre conjoint a fait usage, sous quelque forme que ce soit, de tabac, de nicotine ou de cannabis mélangé avec du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfants	_____ \$	_____ \$	_____ \$	Chaque enfant bénéficiera de ce montant d'assurance.

6. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE (si vous ne désignez pas de bénéficiaire, la prestation sera versée à la succession)

1. Bénéficiaires primaires

Si vous nommez plusieurs bénéficiaires primaires, le total des pourcentages alloués doit être égal ou inférieur à 100 %. Si le pourcentage total est inférieur à 100 %, la différence sera versée à la succession. Veuillez ne pas indiquer de montants en dollars.

Prénom	Nom	Lien	Date de naissance	%
			A M J 	
			A M J 	
			A M J 	

2. Bénéficiaires subsidiaires

Si vous le souhaitez, vous pouvez également nommer des bénéficiaires subsidiaires dans l'éventualité où tous vos bénéficiaires primaires décédaient avant vous. Si vous nommez plusieurs bénéficiaires subsidiaires, le total des pourcentages alloués doit être égal ou inférieur à 100 %. Si le pourcentage total est inférieur à 100 %, la différence sera versée à la succession. Veuillez ne pas indiquer de montants en dollars.

Prénom	Nom	Lien	Date de naissance	%
			A M J 	
			A M J 	

IMPORTANT : • Si votre conjoint est un conjoint de fait, allez à la section suivante. Cet encadré ne s'applique pas à vous.
• Pour les résidents du Québec – À remplir si vous avez désigné votre conjoint (marié ou uni civilement) comme bénéficiaire.

Au Québec, la désignation d'un conjoint légal (marié ou uni civilement) comme bénéficiaire est irrévocable*, sauf si vous cochez la case suivante :

Bénéficiaire révocable

* Pour modifier la désignation d'un bénéficiaire irrévocable, le consentement écrit de ce dernier est requis.

Veuillez signer la section « DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT » à la page suivante.

7. DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE (ne s'applique pas au Québec)

⚠ Au Québec, divers critères peuvent s'appliquer relativement à la désignation d'un fiduciaire. Veuillez consulter un conseiller juridique avant de désigner un fiduciaire.

Dans toutes les autres provinces, vous pouvez remplir cette section. Vous pouvez désigner un fiduciaire pour recevoir toute somme payable à un bénéficiaire qui n'a pas atteint l'âge de la majorité.

Prénom du fiduciaire _____ Nom _____

DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

Par la présente, **J'ADHÈRE** aux protections auxquelles je suis admissible en vertu du régime d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police, sous réserve de tout refus mentionné 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 et **JE CONSENS**, en leur nom et en mon propre nom, à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à mon employeur ou titulaire de police et à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier »), à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services à des fins de tarification, d'administration, de traitement des réclamations 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.

Si mon numéro d'assurance sociale tient lieu de numéro de certificat, **J'ACCEPTÉ** que celui-ci soit utilisé dans le cadre de l'administration de mon régime d'assurance collective.

J'AUTORISE mon employeur ou titulaire de police à effectuer les retenues sur mon salaire requises par mon régime d'assurance collective.

Si je m'inscris au dépôt direct, **J'AUTORISE** iA Groupe financier à déposer dans mon compte bancaire tout montant payable à la suite d'une réclamation, en utilisant les informations bancaires fournies dans ce formulaire. **JE CONSENS** à ce que cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce qu'un avis contraire écrit de ma part soit transmis à iA Groupe financier. **JE COMPRENDS** que iA Groupe financier ne sera lié par aucune autre obligation quant aux prestations versées. **JE COMPRENDS** que iA Groupe financier peut, sans aucun préavis, mettre fin au dépôt direct des prestations. La présente autorisation prend effet à la date indiquée ci-dessous et est valable pour tout autre compte bancaire actif à cette institution financière ou à toute autre institution financière que je pourrais désigner à l'avenir.

JE COMPRENDS et **JE RECONNAIS** également que si je fournis à iA Groupe financier des informations bancaires erronées ou si j'ometts d'aviser iA Groupe financier de tout changement dans mes informations bancaires et que, en raison de cette erreur ou de cette omission, le remboursement effectué à la suite d'une réclamation est déposé sur le mauvais compte bancaire, iA Groupe financier ne pourra être tenu responsable de cette erreur ou de cette omission ou être tenu de me rembourser s'il est dans l'impossibilité de recouvrer le montant déposé sur le mauvais compte.

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

Signature du participant _____ Date

	A						M				J
--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---

AVIS DE DIVULGATION

À l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier »), 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 iA Groupe financier.

Vous avez le droit de consulter votre dossier personnel et, si nécessaire, de corriger toute information erronée. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : iA Groupe financier, responsable de l'accès à l'information, 1080, Grande Allée Ouest, C. P. 1907, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 7M3.

L'accès à votre dossier personnel n'est donné qu'aux employés de iA Groupe financier, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services 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, iA Groupe financier peut fournir à votre employeur ou titulaire de police des statistiques financières ne contenant aucune information nominative.