

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 d'assurance santé et dentaire choisie (protection individuelle, familiale, monoparentale, couple ou protection refusée).

4. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT ET LES ENFANTS À CHARGE (demeurant avec vous ou non)

	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Si âgé de 21 ans ¹ ou plus, préciser :
<input type="checkbox"/> Ajouter conjoint ² <input type="checkbox"/> Retirer conjoint			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J 	
<input type="checkbox"/> Ajouter enfant <input type="checkbox"/> Retirer enfant			<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"/> Ajouter enfant <input type="checkbox"/> Retirer enfant			<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

¹ L'âge limite peut varier selon votre régime. Pour connaître celui-ci, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.

² Si votre conjoint est un conjoint de fait, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime pour confirmer son admissibilité.

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 :

A	M	J							

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

A	M	J							

Nom de l'assureur _____

N° de police _____ N° de certificat _____

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

5. CHANGEMENT DE PROTECTION (des preuves d'assurabilité pourraient être exigées, selon la nature du changement)

Je veux changer ma protection pour une protection : 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*.

Je veux changer mon option/module/régime pour (s'il y a lieu) : _____

Raison :

Mariage/union civile – Date

A	M	J							

Conjoint de fait – Date du début de la cohabitation

A	M	J							

Divorce/séparation – Date

A	M	J							

Naissance/adoption d'un premier enfant – Date

A	M	J							

Nouveau régime d'assurance collective du conjoint –
 Date du début de la protection

A	M	J							

Fin du régime d'assurance collective du conjoint –
 Date de fin

A	M	J							

Autre _____ – Date

A	M	J							

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.

6. 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 ajouter, modifier ou retirer ces protections. Veuillez vous rendre sur l'Espace client, notre site Web sécurisé, et, sous Extensia – Garanties facultatives, cliquer sur *Formulaires*, puis cliquer sur le formulaire *Ajout, modification ou résiliation Extensia*. Veuillez remplir le formulaire et le soumettre à nos bureaux.

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).

▲ « Ajout protection » : Veuillez indiquer le montant d'assurance à ajouter. Ne pas inclure l'assurance de base, ni l'assurance facultative existante.

	Vie	Décès et mutilation accidentels	Maladie grave	Déclaration (à remplir uniquement si vous souhaitez ajouter les protections facultatives vie et maladie grave OU si vous voulez changer le statut pour non-fumeur)
Participant	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection : _____ \$	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection : _____ \$	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection : _____ \$	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	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection : _____ \$	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection : _____ \$	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection : _____ \$	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	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection : _____ \$	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection : _____ \$	<input type="checkbox"/> Retrait protection <input type="checkbox"/> Ajout protection : _____ \$	Chaque enfant bénéficiera du montant de protection que vous avez ajouté.

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

Cette désignation de bénéficiaire annule toute désignation antérieure. Si un bénéficiaire irrévocable a été préalablement désigné, remplissez cette section ainsi que la section « Bénéficiaire irrévocable ».

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.

8. BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE (s'il y a lieu)

Si vous avez nommé un bénéficiaire irrévocable, son consentement est requis pour modifier la désignation. Le cas échéant, veuillez faire signer le bénéficiaire irrévocable ci-dessous. Prenez note que le bénéficiaire doit être majeur pour donner son consentement.

Signature du bénéficiaire irrévocable X _____ Date

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

9. 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

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'évaluation de la protection pour mes personnes à charge et moi-même 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.

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 X _____ 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.