

DEMANDE DE MODIFICATION**Remplir à l'encre en caractères d'imprimerie et signer.****1. RENSEIGNEMENTS DE BASE**

Nom du titulaire (employeur/organisation) _____ N° de police _____
 N° de compte _____ N° de catégorie _____ Service _____ N° de certificat _____
 Nom du participant (tel qu'indiqué dans nos dossiers) _____
 Signature de l'administrateur _____ Date _____

2. CHANGEMENT DE NOM OU D'ADRESSE

Nom _____ Prénom _____
 Raison : ☐ Correction ☐ Mariage/union civile – date _____ ☐ Déménagement ☐ Divorce/séparation – date _____
 Adresse _____ Code postal _____
 N° Rue Ville Province
 Courriel : _____ Date d'effet du changement d'adresse _____

3. CHANGEMENT DE COUVERTURE (Fournir les détails dans la partie des personnes à charge.)**Je veux modifier ma couverture pour :** ☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Autre : _____**Raison :**

☐ Naissance – date _____
☐ Mariage/union civile – date _____ ☐ Divorce/séparation – date _____
☐ Conjoint de fait – date de début de la cohabitation _____ ☐ Autre _____ – date _____
☐ Cessation de la protection en vertu du régime du conjoint – date de la cessation _____

Personnes à charge :

	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance		
☐ Ajouter conjoint			☐ M			
☐ Retirer conjoint			☐ F			
☐ Ajouter enfant			☐ M		Étudiant à temps plein	Handicapé
☐ Retirer enfant			☐ F		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
☐ Ajouter enfant			☐ M		Étudiant à temps plein	Handicapé
☐ Retirer enfant			☐ F		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Si votre conjoint possède une assurance maladie et/ou dentaire, veuillez remplir les sections **COORDINATION DES PRESTATIONS** et **EXEMPTION**.Si vous demandez de l'assurance vie facultative pour votre conjoint, veuillez remplir la section **AJOUT DE GARANTIES FACULTATIVES**.**4. DÉCLARATION POUR LES PERSONNES À CHARGE DE PLUS DE 21 ANS**Nom _____ Prénom _____ Sexe ☐ M ☐ F Date de naissance _____

Étudiant à temps plein : inscrire le nom de l'institution fréquentée _____

Période du _____ au _____

Handicapé : inscrire la nature du handicap _____ Date du début du handicap _____

Nom _____ Prénom _____ Sexe ☐ M ☐ F Date de naissance _____

Étudiant à temps plein : inscrire le nom de l'institution fréquentée _____

Période du _____ au _____

Handicapé : inscrire la nature du handicap _____ Date du début du handicap _____

5. EXEMPTION (Disponible seulement si vous êtes couvert par un autre régime)

EXEMPTION EN ASSURANCE MALADIE : ☐ pour moi-même et mes personnes à charge **EXEMPTION EN ASSURANCE SOINS DENTAIRES :** ☐ pour moi-même et mes personnes à charge
☐ pour mes personnes à charge ☐ pour mes personnes à charge

Si vous avez coché une des exemptions, remplir la section 7.

6. COORDINATION DES PRESTATIONS (Remplir obligatoirement cette section pour les régimes comprenant l'assurance maladie et/ou soins dentaires.)☐ Mon conjoint ne dispose pas d'assurance maladie ou soins dentaires (Ne pas remplir la section 7.)☐ Mon conjoint dispose des protections suivantes

Maladie : ☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Exemptée **Dentaire :** ☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Exemptée

Si vous avez coché une des protections, remplir la section 7.

7. INFORMATION OBLIGATOIRE SUR LE RÉGIME DU CONJOINT (Si applicable)

Nom du conjoint _____ N° du groupe du conjoint _____ N° de certificat du conjoint _____

Date de naissance du conjoint _____

Nom de la compagnie d'assurance du conjoint _____ Nom de l'employeur du conjoint _____

Si vous désirez adhérer plus tard à l'une de ces garanties, certaines conditions pourront s'appliquer. Informez-vous auprès de votre administrateur.

VOUS DEVEZ REMPLIR ET SIGNER LA SECTION DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT AU VERSO.

8. AJOUT DE GARANTIES FACULTATIVES (Vérifier auprès de l'administrateur de votre régime pour savoir si des garanties sont offertes et si vous devez remplir un formulaire additionnel.)

VIE	D.M.A.	MALADIE GRAVE	DÉCLARATION
Participant \$ _____	\$ _____	\$ _____	Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, incluant les produits du tabac ou de nicotine (gommes, timbres, etc.)? ☐ Oui ☐ Non Signature du participant _____
Conjoint \$ _____	\$ _____	\$ _____	Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, incluant les produits du tabac ou de nicotine (gommes, timbres, etc.)? ☐ Oui ☐ Non Signature du conjoint _____
Enfant \$ _____	\$ _____	\$ _____	

9. RÉSILIATION DES GARANTIES FACULTATIVES

	Vie facultative	Décès et mutilation accidentels	Maladie grave
Je souhaite résilier mon assurance.	☐	☐	☐
Je souhaite résilier l'assurance de mon conjoint.	☐	☐	☐
Je souhaite résilier l'assurance de mes enfants.	☐	☐	☐

10. CHANGEMENT DE LA DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE (Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, la prestation sera versée aux héritiers légaux.)

Nom	Prénom	Lien avec le participant	%	Date de naissance	*
				A M J	☐ Révocable ☐ Irrévocable
					☐ Révocable ☐ Irrévocable

Au Québec, en l'absence de tout choix, la désignation du conjoint légal est irrévocable et celle de tout autre bénéficiaire est révocable.

La désignation de bénéficiaire ci-dessus est destinée à l'assurance du participant.

Les prestations pour les personnes à charge sont versées au participant.

Si un des bénéficiaires désignés décède avant le participant, sa part sera répartie au prorata entre les autres bénéficiaires.

Pour modifier ou remplacer un bénéficiaire irrévocable désigné antérieurement, veuillez obtenir sa signature.

Signature du bénéficiaire irrévocable _____ **Date** _____

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 autorisée à divulguer de l'information concernant mes personnes à charge afin de déterminer leur admissibilité dans la mesure où de l'information les concernant est modifiée.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom, **JE CONSENS** 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., à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs à des fins de tarification, d'administration 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.

J'ACCEPTE que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale s'il tient lieu de numéro de certificat dans le cadre de l'administration de mon régime d'assurance collective.

J'AUTORISE mon employeur à effectuer tout prélèvement nécessaire sur mon salaire dans le cas où des cotisations doivent être effectuées dans le cadre de mon régime d'assurance collective et à remettre les sommes à l'Industrielle Alliance.

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

Signature du participant _____ **Date** _____

AVIS DE DIVULGATION

À l'Industrielle Alliance, 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 l'Industrielle Alliance. Vous avez le droit de consulter votre dossier personnel et, si nécessaire, de corriger toute information erronée. Vous devez envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., 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 l'Industrielle Alliance, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs dans le cadre de leurs fonctions, aux personnes que vous autorisez et à celles autorisées par la loi.

À des fins de vérification et pour des rapports administratifs, l'Industrielle Alliance peut fournir à votre employeur ou titulaire de police des statistiques financières ne contenant aucune information nominative.

L'Industrielle Alliance peut établir une liste de ses clients et partager cette information au sein du groupe Industrielle Alliance. Cette liste a pour but de permettre à l'Industrielle Alliance de mieux servir ses clients en leur offrant des produits et services disponibles pertinents. Toutefois, vous pouvez demander que votre nom soit retiré de cette liste en écrivant au responsable de l'accès à l'information, à l'adresse mentionnée ci-dessus.