

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.)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Signature du conjoint _____
Enfant \$ _____	\$ _____	\$ _____	

9. RÉSILIATION DES GARANTIES FACULTATIVES

	Vie facultative	Décès et mutilation accidentels	Maladie grave
Je souhaite résilier mon assurance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite résilier l'assurance de mon conjoint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite résilier l'assurance de mes enfants.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
					<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> 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.