

Preuves d'assurabilité

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 ainsi qu'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 la police, des statistiques financières ne contenant aucune information nominative.

Avis

Pour étudier votre demande d'assurance, l'Industrielle Alliance pourrait avoir besoin de renseignements additionnels.

On pourrait communiquer avec vous afin d'obtenir des renseignements additionnels à propos de votre santé et de votre situation financière. On pourrait alors vous demander de remplir un questionnaire médical ou de subir un test cognitif et de fournir un échantillon de sang ou d'urine.

VOTRE PARTENAIRE DE CONFIANCE.

I- Déclaration du titulaire du contrat

Nom du titulaire du contrat (employeur ou organisation)	N° de police	N° de compte	N° de catégorie
Nom et prénom du participant	N° du certificat		

1. Quel est l'objet de cette déclaration?

Augmentation du montant d'assurance en excédent du maximum sans preuves d'assurabilité : Vie Salaire Maladie grave

Demande d'assurance vie facultative

	Montant		
	Actuel	+ Demandé	= Total
Participant			
Conjoint			
Enfants			

Demande d'assurance maladie grave facultative

	Montant		
	Actuel	+ Demandé	= Total
Participant			
Conjoint			
Enfants			

Demande de participation de l'employé soumise en retard
Précisez la raison :

Demande de protection des personnes à charge soumise en retard.
Le conjoint (y compris les enfants, le cas échéant) était-il couvert par une assurance collective auprès d'un autre employeur?

Oui Non **Si oui, veuillez préciser :**

Nom de l'employeur _____

Nom de l'assureur _____

Date de cessation de l'assurance _____

N° de police _____ N° de certificat _____

2. Le participant est-il effectivement au travail et physiquement capable d'effectuer toutes et chacune des tâches de son travail régulier?

Oui Non Si non, veuillez préciser : _____

Date _____ Signature du titulaire autorisé _____

II- Déclaration du participant (en caractères d'imprimerie et à l'encre)

Veuillez inscrire les renseignements demandés seulement à propos des personnes à assurer.

Langue : Français Anglais

<input type="checkbox"/> Participant	Taille	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance	A	M	J
Lieu de naissance		Profession					
Adresse du domicile		Ville/Prov.	Code postal	Téléphone			
Nom et adresse de votre médecin traitant							
Dernière consultation		A	M	J	Raison et résultat		
Date							
<input type="checkbox"/> Conjoint	Taille	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance	A	M	J
Nom et prénom		Profession					
Lieu de naissance		Profession					
<input type="checkbox"/> Marié/uni civilement		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait depuis le		A	M	J	
Nom et adresse de votre médecin traitant							
Dernière consultation		A	M	J	Raison et résultat		
Date							

<input type="checkbox"/> Enfants	Date de naissance						
Nom et prénom		A	M	J			
Taille	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Nom et prénom		A	M	J			
Taille	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Nom et prénom		A	M	J			
Taille	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Nom et prénom		A	M	J			
Taille	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Nom et prénom		A	M	J			
Taille	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					

L'une ou l'autre des personnes à assurer (incluant le conjoint et les enfants, le cas échéant) :

Participant Oui Non Conjoint Oui Non Enfants Oui Non

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. prend-elle actuellement des médicaments ou suit-elle une diète? Si vous répondez « oui », veuillez indiquer le nom du ou des médicaments ou le type de diète _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. a-t-elle : | <input type="checkbox"/> |
| a. au cours des six derniers mois été absente du travail à cause de maladie ou de blessure? | <input type="checkbox"/> |
| b. été hospitalisée dans un hôpital ou un autre établissement hospitalier pour observation, repos, diagnostic ou traitement? | <input type="checkbox"/> |
| c. été diagnostiquée comme étant atteinte du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), de l'ARS (ensemble des affections liées au SIDA), du SLG (syndrome de lymphadénopathie généralisée), ou de toute autre affection du système immunologique, ou a-t-elle fait l'objet d'une investigation ou reçu des traitements connexes ou des conseils pour lesdites maladies? | <input type="checkbox"/> |
| d. déjà fait usage, à l'exception de ceux prescrits par un médecin, de barbituriques, d'héroïne, d'opiacés ou d'autres types de drogues? | <input type="checkbox"/> |
| e. déjà pris part à un traitement pour usage abusif de drogues ou a été avisée d'y prendre part? | <input type="checkbox"/> |
| f. déjà été avisée d'arrêter de boire ou a-t-elle déjà participé à tout traitement pour usage abusif d'alcool? | <input type="checkbox"/> |
| g. subi ou lui a-t-on conseillé de le faire : <input type="checkbox"/> un examen de diagnostic? <input type="checkbox"/> un électrocardiogramme?
<input type="checkbox"/> une radiographie? <input type="checkbox"/> des examens sanguins (nature, date et résultats)? <input type="checkbox"/> un scan ou une résonance magnétique?
<input type="checkbox"/> autres? (Spécifiez.) _____ | <input type="checkbox"/> |
| h. soumis une demande d'assurance vie ou d'assurance maladie qui a fait l'objet d'un refus ou d'un ajournement, ou pour laquelle une surprime ou une restriction a été imposée, ou qui a été émise pour un montant moindre que celui demandé? | <input type="checkbox"/> |
| i. demandé ou reçu des prestations, une compensation ou une rente à cause de maladie ou de blessure? | <input type="checkbox"/> |
| j. 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"/> |

6. CONSOMMATION D'ALCOOL, DE PRODUITS DU TABAC ET D'AUTRES SUBSTANCES : Indiquez la quantité hebdomadaire consommée d'alcool, de produits du tabac, de narcotiques ou de drogues (1 consommation d'alcool = 1 verre de vin = 1 bouteille de bière = 1 once d'alcool)

Participant				
Bière	Vin	Alcool	Tabac	Narcotiques ou drogues

Conjoint				
Bière	Vin	Alcool	Tabac	Narcotiques ou drogues

7. Questions additionnelles pour l'assurance maladie grave (Répondez aux questions 7 a. et b. seulement si vous demandez la garantie d'assurance maladie grave.)
Donnez tous les détails des réponses affirmatives en remplissant le tableau de la page précédente.

	Participant		Conjoint		Enfants	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

a. Est-ce que l'une ou l'autre des personnes à assurer a des antécédents de névrite optique, d'engourdissements, de picotements, de pertes d'équilibre, de faiblesses des extrémités, de troubles visuels ou de pertes de sensation?

b. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Est-ce que l'un des membres de votre famille souffre ou a déjà souffert de troubles cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux, d'hypertension, de cancer (spécifiez le type), de diabète, de troubles des reins, de la chorée de Huntington, de sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), de maladie du motoneurone, de sclérose en plaques, de maladie d'Alzheimer ou de toute autre maladie héréditaire?

Participant Oui Non Conjoint Oui Non Si oui, précisez ci-dessous :

	Cochez le membre de la famille	Maladies (Si cancer, précisez le type.)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès
Participant	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
Conjoint	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				

III- Déclaration et autorisation du participant

Par la présente, **J'ATTESTE** que les déclarations faites dans le formulaire de preuves d'assurabilité et dans tout autre document annexé de même qu'à l'occasion de toute entrevue téléphonique sont complètes et véridiques et **JE CONSENS** à divulguer l'information nécessaire à l'Industrielle Alliance afin de déterminer mon assurabilité.

JE RECONNAIS que l'assurance demandée est régie par les modalités de la police d'assurance collective et prendra effet à la date déterminée dans celle-ci seulement si l'Industrielle Alliance accepte mon assurabilité.

J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, le Bureau de renseignements médicaux, la commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée détenant des dossiers ou des renseignements à mon sujet ou, s'il y a lieu, au sujet de mes enfants mineurs, à communiquer à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses réassureurs ou à ses représentants tout renseignement nécessaire à l'étude de mon assurabilité ou de celle de mes enfants mineurs, s'il y a lieu.

J'AUTORISE également l'Industrielle Alliance, ses employés ou ses réassureurs, à échanger avec ses filiales et d'autres assureurs ou institutions financières les renseignements personnels obtenus à des fins d'étude de mon assurabilité ou, s'il y a lieu, de celle de mes enfants mineurs et à faire enquête auprès d'eux pour l'évaluation du risque.

J'AUTORISE également l'Industrielle Alliance à expédier tous les résultats anormaux de tests à mon médecin personnel.

La présente déclaration et autorisation est valide aux fins de la présente police d'assurance collective. **Une photocopie de la présente autorisation ou du présent consentement a la même valeur que l'original.**

Date

	A		M		J

 Signature du participant _____ Signature du conjoint _____
 Signature de l'enfant majeur _____

IV- Autorisation

J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, le Bureau des renseignements médicaux, la commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée détenant des dossiers ou des renseignements à mon sujet ou, s'il y a lieu, au sujet de mes enfants mineurs, à communiquer à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses réassureurs ou à ses représentants tout renseignement nécessaire à l'étude de mon assurabilité ou de celle de mes enfants mineurs, s'il y a lieu.

La présente déclaration et autorisation est valide aux fins de la présente police d'assurance collective. **Une photocopie de la présente autorisation ou du présent consentement a la même valeur que l'original.**

Date

	A		M		J

 Signature du participant _____ Signature du conjoint _____
 Signature de l'enfant majeur _____

Préavis du Bureau de renseignements médicaux (doit être détaché et conservé par le participant)

Les renseignements touchant votre assurabilité sont considérés comme confidentiels. Cependant, l'Industrielle Alliance et ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport au Bureau de renseignements médicaux, organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie et effectuant un échange de renseignements au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez une assurance vie ou une assurance maladie auprès d'une autre compagnie, membre du Bureau, ou si vous demandez des prestations ou des indemnités à cette dernière, le Bureau fournira à la compagnie, 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 à votre dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pourrez demander une rectification en envoyant une demande à cette adresse : Bureau de renseignements médicaux, 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7, téléphone : 416 597-0590.

L'Industrielle Alliance pourra, elle aussi, communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous auriez demandé une assurance vie ou une assurance maladie, ou auxquelles vous demanderiez des prestations ou des indemnités.