

À titre d'administrateur du régime, si vous utilisez l'Espace client pour effectuer les modifications, veuillez conserver ce formulaire dans vos dossiers. Si vous n'utilisez pas l'Espace client, veuillez soumettre une photocopie du formulaire à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« IA Groupe financier ») et conserver l'original. Vous pouvez soumettre la photocopie du formulaire par :

Québec	Toutes les autres provinces
Télécopieur : 1 888 780-2376	1 888 781-0924
Courrier : Administration C. P. 790, succursale B Montréal (Québec) H3B 3K6	Administration 522, avenue University, bureau 400 Toronto (Ontario) M5G 1Y7

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) _____

Nom du participant (tel qu'indiqué dans nos dossiers) _____

Signature de l'administrateur **X** _____ Date

A	A	A	A	M	M	J	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 DE BASE

Prénom _____ Nom _____

2. CHANGEMENT DE NOM OU D'ADRESSE

Nouveau prénom _____ Nouveau nom _____ Sexe : M F

Nouvelle adresse _____ Code postal _____

N° Rue App. Ville Province

Date d'effet du changement d'adresse (s'il y a lieu)


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

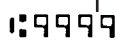
 Langue : Français Anglais

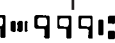
3. DÉPÔT DIRECT DU REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS MÉDICAUX ET DENTAIRES ET NOTIFICATION* DU TRAITEMENT DE VOS RÉCLAMATIONS


Informations bancaires pour le dépôt direct :

n° succursale	n° institution	n° compte


1


2


3


4

Courriel pour la notification* : _____

Personnel Travail

Je ne veux pas être notifié

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. Le format peut varier selon l'institution financière. Indiquez **tous** les chiffres et seulement les chiffres.

* Nous considérerons que vous ne voulez pas être notifié si vous ne fournissez pas vos informations bancaires ou votre adresse courriel ou si vous cochez « Je ne veux pas être notifié ».

N. B. : Vous pouvez visualiser le statut et le détail de vos réclamations de frais médicaux et dentaires dans l'Espace client, notre site Web sécurisé, en tout temps.

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 garantie 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 maladie et d'assurance soins dentaires 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, précisez :
<input type="checkbox"/> Ajouter conjoint ² <input type="checkbox"/> Retirer conjoint			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A A A A M M J J 	
<input type="checkbox"/> Ajouter enfant <input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A A A A M M J 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 A A A M M J 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.

Votre conjoint est-il couvert par un autre régime d'assurance collective pour les soins médicaux et dentaires? Oui Non

Si oui, spécifiez ce qui suit : Protection maladie : Individuelle Familiale Monoparentale Couple

Date d'effet : A A A A M M J J
| | | | | | | |

Protection soins dentaires : Individuelle Familiale Monoparentale Couple

Date d'effet : A A A A M M J 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 celle-ci 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 régime/module pour (s'il y a lieu) : _____

Raison :

- Mariage/union civile – Date A A A A M M J J
| | | | | | | |
- Conjoint de fait – Date du début de la cohabitation A A A A M M J J
| | | | | | | |
- Divorce/séparation – Date A A A A M M J J
| | | | | | | |
- Naissance/adoption – Date A A A A M M J J
| | | | | | | |

- Nouvelle protection en vertu du régime du conjoint –
Date du début de la protection A A A A M M J J
| | | | | | | |
- Cessation de la protection en vertu du régime du conjoint –
Date de la cessation A A A A M M J J
| | | | | | | |
- Autre _____ – Date A A A A M M J J
| | | | | | | |

* Si vous ou vos personnes à charge êtes déjà couverts pour les soins médicaux ou dentaires en vertu d'un autre régime d'assurance collective, vous pouvez refuser ces garanties en cochant les cases appropriées ci-dessous.

Pour moi-même et mes personnes à charge : Je refuse l'assurance maladie
 Je refuse l'assurance soins dentaires

Pour mes personnes à charge seulement : Je refuse l'assurance maladie
 Je refuse l'assurance soins dentaires

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

6. GARANTIES FACULTATIVES

Si les garanties facultatives ExtensiA (vie, décès et mutilation accidentels (DMA) et maladie grave) sont offertes en vertu de votre régime d'assurance collective, et vous souhaitez 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. Veuillez ne pas remplir le tableau ci-dessous.

Si les garanties ExtensiA ne sont pas offertes en vertu de votre régime, veuillez vérifier auprès de l'administrateur de votre régime si des garanties facultatives standards sont offertes et si vous devez remplir le formulaire *Preuves d'assurabilité* (F54-002). Veuillez remplir le tableau ci-dessous pour un ajout ou un retrait de protection.

Garanties facultatives standards :

	Vie	Décès et mutilation accidentels	Maladie grave	Déclaration (à remplir uniquement si vous souhaitez ajouter les garanties 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.

* Veuillez indiquer le montant de protection à ajouter. Ne pas inclure la protection de base, ni la protection facultative existante.

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.

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.

Si un bénéficiaire irrévocable a été préalablement désigné, remplissez le tableau suivant ainsi que la section « Bénéficiaire irrévocable ».

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

IMPORTANT : Pour les résidents du Québec – À remplir si vous avez désigné votre conjoint (mariage ou union civile) comme bénéficiaire.

Au Québec, la désignation du conjoint, à l'exception du conjoint de fait, comme bénéficiaire est irrévocable* à moins que vous ne cochiez 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 prochaine page.

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	A	A	A	M	M	J	J

9. DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE (Ne s'applique pas au Québec. *)

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 _____

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

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 afin de déterminer leur admissibilité au régime d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police dans la mesure où de l'information les concernant est fournie ou 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. («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. De plus, **JE COMPRENDS** que l'information fournie dans le présent formulaire peut être divulguée aux personnes autorisées par les lois qui s'appliquent au Canada et à l'étranger.

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, en utilisant les informations bancaires que j'ai fournies à la section 3, tout montant payable à la suite d'une réclamation en vertu de mon régime d'assurance collective. **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** également 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.

De plus, si je m'inscris au dépôt direct, **JE COMPRENDS** et **JE RECONNAIS** 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	A	A	A	M	M	J	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.