

Pour transformer une assurance vie collective, veuillez remplir le formulaire de demande de transformation (F54-030).

Remplir à l'encre en caractères d'imprimerie et signer.

**1. PROPOSANT (PERSONNE À ASSURER)**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

N° Rue App. Ville Province

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin Langue :  Français  Anglais

N° de téléphone personnel \_\_\_\_\_ Courriel personnel \_\_\_\_\_ Courriel au travail \_\_\_\_\_

**2. RAISON DE LA DEMANDE**

TRANSFORMATION d'assurance collective en protection individuelle (remplir la section 3)

MODIFICATION à mon contrat d'assurance individuelle (remplir la section 4)

**3. TRANSFORMATION**

N° de police d'assurance collective \_\_\_\_\_ N° de certificat \_\_\_\_\_

Événement justifiant la demande de transformation : \_\_\_\_\_ Date de cessation d'emploi \_\_\_\_\_

Protection demandée : Soins médicaux :  INDIVIDUELLE  FAMILIALE (remplir la section 5)

Module :  OPTION DE BASE  OPTION BONIFIÉE

Soins dentaires (facultatif) :  INDIVIDUELLE  FAMILIALE (remplir la section 5)

Cette option est offerte seulement aux participants qui désirent transformer une assurance collective qui comprend une protection pour soins dentaires.

**4. MODIFICATION**

N° de contrat 400 - \_\_\_\_\_

Je désire ajouter la protection familiale. (Remplir la section 5; l'ajout de la protection familiale à une date ultérieure sera possible ou non, selon les conditions de votre police individuelle.)

Je désire ajouter une ou plusieurs personnes à charge (remplir la section 5).

Je désire mettre fin à la couverture pour toutes mes personnes à charge en date du \_\_\_\_\_.

Je désire mettre fin à la couverture pour \_\_\_\_\_ en date du \_\_\_\_\_.

Nom de la personne \_\_\_\_\_

Je désire réduire la couverture soins médicaux au module "Option de base" en date du \_\_\_\_\_.

Je désire augmenter la couverture soins médicaux au module "Option bonifiée" en date du \_\_\_\_\_.

Je désire mettre fin à la couverture soins dentaires en date du \_\_\_\_\_.

**5. PERSONNES À CHARGE**

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	<input type="checkbox"/> Mariage/Union civile <input type="checkbox"/> Conjoint de fait : cohabitation depuis le _____
Conjoint		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J	
Enfant		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Si âgé de 21 ans ou plus, précisez : <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Handicapé
Enfant		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Si âgé de 21 ans ou plus, précisez : <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Handicapé

## 6. DÉPÔT DIRECT DU REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS MÉDICAUX ET DENTAIRES ET NOTIFICATION

Oui, je m'inscris au **dépôt direct** afin que le remboursement de mes réclamations de frais médicaux et dentaires soit déposé dans mon compte bancaire et à la **notification** afin que je sois informé par courriel du traitement de mes réclamations.

Information bancaire : Veuillez joindre à ce formulaire un spécimen de chèque personnel portant la mention « NUL » ou une confirmation écrite complète provenant de votre institution financière.

Courriel pour la notification : \_\_\_\_\_

Personnel  Travail

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.

## DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PROPOSANT

Par la présente, **J'ADHÈRE** aux garanties auxquelles je suis admissible en vertu du régime d'assurance individuelle de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier »), sous réserve de tout refus mentionné et **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 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'acceptation de ma demande de participation et de celle de mes personnes à charge à un régime d'assurance individuelle de iA Groupe financier.

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, tout montant payable à la suite d'une réclamation en vertu de mon contrat d'assurance. **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 liée 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 dans cette institution financière ou dans 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 tenue responsable de cette erreur ou de cette omission ou être tenue de me rembourser si elle 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 proposant \_\_\_\_\_

Date 

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

## ENTENTE DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA) – CATÉGORIE : PERSONNEL

**Information bancaire** : Identique à celle du dépôt direct. Sinon, veuillez joindre à ce formulaire un autre spécimen de chèque personnel portant la mention « NUL » ou une confirmation écrite complète provenant de votre institution financière (veuillez indiquer « DPA » sur celle-ci).

**IMPORTANT** : Vous devez informer l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. de tout changement dans vos renseignements bancaires relativement aux DPA. Prenez note que, lorsque vous modifiez l'information bancaire qui sert au DPA, l'information bancaire qui sert au dépôt direct n'est pas mise à jour et vice-versa. Il est donc primordial que vous mettiez à jour ces informations bancaires séparément.

Dans la présente entente de DPA, « je » se rapporte à chaque titulaire du compte bancaire, qui déclare ce qui suit en ce qui le concerne :

### Autorisation

J'autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier ») et l'institution financière spécifiée (ou toute autre institution financière que je peux autoriser en tout temps) à effectuer des DPA sur le compte bancaire spécifié (ou tout autre compte que je peux spécifier en tout temps), pour le paiement des primes, des taxes, des dépôts, des versements et des frais en vertu du contrat auquel la présente entente est rattachée. Les DPA périodiques réguliers seront prélevés **le 1<sup>er</sup> jour de chaque mois**, tandis que les DPA ponctuels occasionnels pourront être prélevés à toute autre date.

Si un DPA est refusé pour quelque raison que ce soit (par exemple une provision insuffisante (« NSF »), une opposition au paiement, une fermeture de compte, etc.), iA Groupe financier est autorisée à effectuer le DPA de nouveau. Les frais assumés par iA Groupe financier en raison du DPA refusé seront ajoutés au DPA suivant.

Je conviens que, aux fins de la présente entente de DPA, tous les DPA de mon compte seront traités comme des DPA personnels.

Je renonce au droit de recevoir un préavis m'informant d'une hausse ou d'une baisse du montant à être débité ou d'une modification de la date ou de la fréquence des versements.

Je reconnais que iA Groupe financier n'est pas tenue de me transmettre un avis écrit si un changement au montant du DPA est effectué à ma demande.

Je peux annuler ou modifier la présente entente de DPA en tout temps, sous réserve d'un avis écrit à iA Groupe financier de **treinte (30) jours**. Pour obtenir un formulaire d'annulation ou d'autres renseignements sur mon droit d'annulation de l'entente DPA, je devrai communiquer avec mon institution financière ou visiter le site [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca) concernant la Règle H1 – débits préautorisés (DPA).

Toute annulation de la présente entente DPA n'aura aucun effet sur mon ou mes contrats d'assurance ou de services financiers du moment que le paiement est effectué d'une autre façon.

**iA Groupe financier ne peut céder la présente entente de DPA sans m'avoir fourni, à tout moment avant le prochain DPA, un avis écrit de la cession.**

J'ai certains droits de recours si des DPA ne sont pas conformes à la présente entente de DPA. Par exemple, j'ai le droit d'obtenir le remboursement des DPA qui ne sont pas autorisés aux termes de la présente entente de DPA ou ne sont pas conformes à celle-ci. Pour obtenir des renseignements supplémentaires relativement à mes droits de recours, je devrai communiquer avec mon institution financière ou visiter le site [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca) concernant la Règle H1 – Débits préautorisés (DPA).

Signature du proposant \_\_\_\_\_

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.