

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

Pour l'information complète concernant les produits d'assurance proposés, incluant les restrictions et les exclusions, veuillez vous référer à votre livret d'assurance collective disponible dans l'Espace client (ia.ca/moncompte) ou communiquer avec nous au 1 866 585-8843.

Assurance maladie grave facultative : nous vous recommandons de télécharger ou d'imprimer le guide (ia.ca/APEQ/amgf_guide.pdf) et de le conserver dans vos dossiers pour référence ultérieure.

1. Vos renseignements personnels

N° de police d'assurance collective : 97000 97001

N° de certificat _____

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance

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

Sexe : M F

Langue : Français Anglais

Courriel _____ Téléphone

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2. Choix des protections

Assurance maladie grave facultative

Pour **moi-même**, je demande un montant total de :

\$

Montant minimum de 25 000 \$
Montant maximum de 500 000 \$
Par tranches de 25 000 \$
Montant sans preuves de 50 000 \$¹

Pour **ma conjointe ou mon conjoint**, je demande :

\$

Pour **chacun de mes enfants à charge âgés de moins de 21 ans**, je demande : 5 000 \$² 10 000 \$²

Statut fumeur/non-fumeur (Si vous ne répondez pas aux questions ci-dessous, vous et votre conjointe ou conjoint, le cas échéant, serez considéré(e)s comme fumeurs.)

Personne participante : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, de nicotine (gommes, timbres, etc.) ou de marijuana? Oui Non

Conjointe ou conjoint : Au cours des 12 derniers mois, votre conjointe ou conjoint a-t-elle ou a-t-il fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, de nicotine (gommes, timbres, etc.) ou de marijuana? Oui Non

Assurance vie de base

Pour **moi-même**, je demande un montant total d'assurance vie de :

\$

Montant minimum de 25 000 \$
Montant maximum de 150 000 \$
Par tranches de 25 000 \$
Montant sans preuves de 50 000 \$¹

Pour **ma conjointe ou mon conjoint**, je demande : 10 000 \$¹

Pour **chacun de mes enfants à charge âgés de moins de 21 ans**, je demande : 5 000 \$¹

¹ Aucune preuve d'assurabilité n'est requise à condition que la demande d'adhésion soit soumise d'ici le 29 février 2024. De plus, si le montant choisi est supérieur au montant sans preuves, veuillez remplir et soumettre le formulaire *Preuves d'assurabilité* disponible au ia.ca/APEQ/Preuves.

² Preuves d'assurabilité requises; veuillez remplir et soumettre le formulaire *Preuves d'assurabilité* disponible au ia.ca/APEQ/Preuves.

3. Renseignements sur votre conjointe ou conjoint et vos enfants à charge

Si vous avez choisi un montant d'assurance pour votre conjointe ou conjoint, précisez les renseignements suivants :

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance

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

Sexe : M F

État civil : Marié(e)/conjoint(e) civil(e) Conjoint(e) de fait³ depuis au moins 1 an – Date du début de la cohabitation

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

Si vous avez choisi un montant d'assurance pour vos enfants à charge, précisez les renseignements sur ces derniers :

| Nom | Prénom | Sexe | Date de naissance | | |
|-----|--------|-------------------------------------------------------|-------------------|---|---|
| | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | A | M | J |
| | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | A | M | J |
| | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | A | M | J |

³ Conjointe ou conjoint de fait depuis moins d'un an non admissible.

4. Désignation de bénéficiaire (Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, la prestation sera versée à la succession.)

Si vous nommez plusieurs bénéficiaires, 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.

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

IMPORTANT : Pour les personnes résidant au Québec – À remplir si vous avez désigné votre conjointe ou conjoint (mariage ou union civile) comme bénéficiaire.

Au Québec, la désignation de la conjointe ou du conjoint, à l'exception de la conjointe ou 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 ou d'une bénéficiaire irrévocable, le consentement écrit de ce dernier ou de cette dernière est requis.

5. Déclaration et autorisation de la personne contractante

Par la présente, **J'ADHÈRE** aux garanties indiquées dans le présent formulaire et **J'ATTESTE** que les renseignements contenus dans ce formulaire sont véridiques et complets.

Si une demande est effectuée pour ma conjointe ou mon conjoint et mes enfants à charge, **JE CONFIRME** que je suis autorisé(e) à divulguer des renseignements les concernant afin de déterminer leur admissibilité aux protections.

Au nom de ma conjointe ou de mon conjoint, de mes enfants à charge et en mon propre nom, **JE CONSENS** à ce que les renseignements fournis dans le présent formulaire soient divulgués à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (iA Groupe financier), à son personnel, à ses représentants et représentantes, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de service à des fins de souscription, d'administration, de traitement des réclamations et d'acceptation de ma demande d'adhésion et de celle de ma conjointe ou de mon conjoint et de mes enfants à charge. 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.

JE CONSENS à ce qu'une photocopie, une télécopie ou une version électronique de la présente déclaration et autorisation ait la même validité que l'original et **JE RECONNAIS** que je possède la version originale, une photocopie, une télécopie ou une version électronique identique du présent formulaire.

Signature de la personne participante _____ Date

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

6. Coordonnées de iA Groupe financier

Téléphone sans frais : 1 866 585-8843

Télécopieur : 1 888 780-2376

Courriel : assurancecollective@ia.ca

Courrier : Administration

C. P. 790, succursale B

Montréal (Québec) H3B 3K6

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 votre conjointe ou conjoint et vos enfants 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 : Responsable de l'accès à l'information, iA Groupe financier, 1080, Grande Allée Ouest, C. P. 1907, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 7M3.

L'accès à votre dossier personnel n'est donné qu'au personnel de iA Groupe financier, à ses représentants et représentantes, 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 organisation ou au titulaire de police des statistiques financières ne contenant aucune information nominative.

ON S'INVESTIT, POUR VOUS.

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. exerce ses activités.

ia.ca