

1. Information de base

Nom : _____ Prénom : _____ No. de contrat : _____
 Téléphone : _____ Date de naissance :

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

 Adhérent(e) Personne à charge
 Occupation : _____

2. Usage du tabac (Les présentes déclarations font partie intégrante de la police.)

Avez-vous déjà fait usage de tabac ? Oui Non

Si OUI, veuillez préciser : _____

Forme (cigarettes, cigares, pipe, tabac à mâcher, drogues, cigarette électronique, autre – préciser)	Quantité par jour	Pendant combien de temps (date/nombre d'années)	Si arrêté l'usage de tabac : (dates de l'usage)	
			De	À

Si vous ne faites plus usage de tabac :

Date à laquelle vous avez arrêté :

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

Avez-vous refait usage de tabac à l'occasion, depuis la date à laquelle vous avez arrêté? Oui Non

Si OUI, veuillez préciser : _____

Avez-vous arrêté sur recommandation du médecin? Oui Non Si OUI, veuillez répondre ci-dessous.

L'arrêt de l'usage de tabac est-il relié à une maladie :

Troubles respiratoires? (asthme, bronchite chronique, emphysème, crachements de sang ou autres troubles respiratoires) : Oui Non

Si **OUI**, svp compléter questionnaire troubles pulmonaires.

Troubles cardio-vasculaires?

(Douleurs dans la poitrine, palpitations, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du coeur ou des vaisseaux sanguins) : Oui Non

Si **OUI**, svp compléter questionnaire troubles cardiovasculaires.

3. Identification du médecin (si applicable)

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____
 Adresse : _____ Télécopieur : _____
 No. de permis : _____ Omnipraticien Spécialiste, précisez : _____
 Occupation : _____

* Veuillez remplir la section IDENTIFICATION DU MÉDECIN seulement si vous avez cessé l'usage du tabac sur recommandation d'un médecin.

 Signature de l'assuré(e)

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

Date

AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DESTIERS

Information de base

Nom : _____ Prénom : _____ N° de contrat : _____

Déclaration

J'autorise tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, toute compagnie d'assurance, le MIB LLC, les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation ou toute agence d'évaluation du crédit ainsi que tout organisme public détenant des renseignements personnels me concernant, notamment des renseignements médicaux, et tout organisme public ou privé détenant des renseignements médicaux ou relatifs à ma santé à fournir ces renseignements à iA Groupe financier, à ses réassureurs, à MRa et à l'administrateur du programme pour l'évaluation du risque ou l'enquête nécessaire à l'étude de toute demande de règlement ou la gestion de mon ou de mes dossiers. Une photocopie ou une version électronique de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Pour en apprendre davantage sur les pratiques de l'assureur en matière de protection des renseignements personnels, veuillez consulter l'Avis relatif à la protection des renseignements personnels de iA Groupe financier au <https://ia.ca/politique-protection-renseignements-personnels>»ia.ca/politique-protection-renseignements-personnels.

_____ A A A A M M J J
Nom et prénom du proposant Signature du proposant Date

MRa 7171, rue Jean-Talon Est, bureau 301 Montréal (Québec) H1M 3N2	Sans frais : 1 800 363-5956
--	------------------------------------

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**

----- S.V.P. RETOURNER LES DEUX AUTORISATIONS -----

AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DESTIERS

Information de base

Nom : _____ Prénom : _____ N° de contrat : _____

Déclaration

J'autorise tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, toute compagnie d'assurance, le MIB LLC, les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation ou toute agence d'évaluation du crédit ainsi que tout organisme public détenant des renseignements personnels me concernant, notamment des renseignements médicaux, et tout organisme public ou privé détenant des renseignements médicaux ou relatifs à ma santé à fournir ces renseignements à iA Groupe financier, à ses réassureurs, à MRa et à l'administrateur du programme pour l'évaluation du risque ou l'enquête nécessaire à l'étude de toute demande de règlement ou la gestion de mon ou de mes dossiers. Une photocopie ou une version électronique de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Pour en apprendre davantage sur les pratiques de l'assureur en matière de protection des renseignements personnels, veuillez consulter l'Avis relatif à la protection des renseignements personnels de iA Groupe financier au <https://ia.ca/politique-protection-renseignements-personnels>»ia.ca/politique-protection-renseignements-personnels.

_____ A A A A M M J J
Nom et prénom du proposant Signature du proposant Date

MRa 7171, rue Jean-Talon Est, bureau 301 Montréal (Québec) H1M 3N2	Sans frais : 1 800 363-5956
--	------------------------------------

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**