

DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE CETTE SECTION DOIT TOUJOURS ÊTRE REMPLIE

Nom de famille	Prénom	Initiales	Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	Date de naissance (jj-mmm-aaaa)
Numéro de matricule	Lieu de naissance	Profession		
Adresse postale	Ville	Prov.	Code postal	
N° de téléphone (maison)	N° de téléphone (<input type="radio"/> travail <input type="radio"/> cellulaire)	Courriel		

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT REMPLISSEZ SI L'ASSURANCE DU CONJOINT EST DEMANDÉE

Êtes-vous également un membre des Forces armées canadiennes? Oui Non Si « oui », veuillez fournir votre numéro de matricule _____

Quelle est votre situation conjugale? marié union civile conjoint de fait

Nom de famille	Prénom	Initiales	Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	Date de naissance (jj-mmm-aaaa)
Lieu de naissance	Profession			

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE SÉLECTIONNEZ L'ASSURANCE DEMANDÉE

<input type="radio"/> Assurance maladie grave du membre (Unités de 25 000 \$ jusqu'à un maximum de 400 000 \$) Montant total d'assurance demandé (inclure tout montant déjà en place) _____	<input type="radio"/> Assurance maladie grave pour enfants à charge* (Disponible seulement si le membre ou le conjoint est assuré ou présente une demande d'adhésion et est approuvé pour l'assurance maladie grave.) Tous les enfants à charge seront couverts pour le montant sélectionné pour une prime unique. <input type="radio"/> 5 000 \$ <input type="radio"/> 10 000 \$ * Si l'assurance maladie grave des enfants à charge est demandée, veuillez remplir le Formulaire supplémentaire pour enfant(s) à charge n° 4944 F
<input type="radio"/> Assurance maladie grave du conjoint (Unités de 25 000 \$ jusqu'à un maximum de 400 000 \$) Montant total d'assurance demandé (inclure tout montant déjà en place) _____	

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PERSONNEL CETTE SECTION DOIT TOUJOURS ÊTRE REMPLIE LORSQUE VOUS FAITES UNE DEMANDE D'ADHÉSION

Médecin personnel ou clinique du membre	Médecin personnel ou clinique du conjoint
Nom du médecin personnel / de la clinique	Nom du médecin personnel / de la clinique
N° de téléphone	N° de téléphone
Adresse	Adresse
Date de la dernière consultation chez un médecin (jj-mmm-aaaa)	Date de la dernière consultation chez un médecin (jj-mmm-aaaa)
Raison de la dernière consultation	Raison de la dernière consultation
Résultats (p. ex. normaux), diagnostic, traitement ou médicament prescrit	Résultats (p. ex. normaux), diagnostic, traitement ou médicament prescrit

QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE STYLE DE VIE

CETTE SECTION DOIT TOUJOURS ÊTRE REMPLIE LORSQUE VOUS FAITES UNE DEMANDE D'ADHÉSION

Si vous répondez « oui » à toute question, veuillez fournir des détails à la section Détails supplémentaires ci-dessous.

Pour les questions 1-16, veuillez préciser les dates, durées, nom et adresse de tous les médecins et hôpitaux, etc.

Membre:	Taille :	<input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm	Poids:	<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg	Membre		Conjoint	
					Oui	Non	Oui	Non
1)	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? Si « oui », veuillez indiquer le produit utilisé et donner des détails ci-dessous.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2)	Avez-vous déjà fait une demande d'assurance invalidité ou d'assurance maladie grave qui a été refusée ou reportée ou pour laquelle on a exigé une surprime ou imposé quelque modification?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3)	Avez-vous déjà souffert d'une des maladies ou affections suivantes ou été soigné pour l'une d'elles : cancer, tumeur, kyste, polype ou autre excroissance, nævus, anémie, trouble sanguin ou quelque forme d'affection maligne? ou encore, d'une anomalie du système immunitaire comme le SIDA (syndrome immunodéficientaire acquis), la séropositivité pour le VIH, l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, des lésions cutanées inhabituelles ou des infections inexplicables?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4)	Avez-vous déjà souffert d'une des maladies ou affections suivantes ou été soigné pour l'une d'elles : douleurs thoraciques, angine de poitrine, crise cardiaque, hypertension artérielle, ECG anormal, accident vasculaire cérébral, paralysie, accident ischémique transitoire (AIT), taux de cholestérol élevé, ou autres troubles cardiaques, de l'aorte, des vaisseaux sanguins ou de l'appareil circulatoire? du diabète, d'une pancréatite, d'une affection thyroïdienne ou de quelque autre trouble endocrinien? ou encore, d'une affection pulmonaire ou autre maladie respiratoire, de tout trouble des yeux (autre que la myopie ou la presbytie), des oreilles, des cordes vocales ou du larynx, y compris la perte de la parole?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5)	Avez-vous déjà été traité ou vous a-t-on déjà posé un diagnostic pour quelque maladie ou affection des reins, de la vessie, de la prostate (y compris un taux d'APS élevé) ou du sein (y compris un kyste, une masse ou une biopsie, mammographie ou échographie anormale) ou pour quelque autre trouble génito-urinaire, l'hépatite B ou C (y compris le fait d'en être porteur), une cirrhose ou autre affection du foie, une colite ulcéreuse, la maladie de Crohn ou autre trouble du tractus gastro-intestinal?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6)	Avez-vous déjà souffert d'une des maladies ou affections suivantes ou été soigné pour l'une d'elles : étourdissements, convulsions, épilepsie, tremblements, paresthésie, perte d'équilibre, engourdissement, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou autre trouble neurologique? d'un état de stress, d'anxiété, de dépression ou de quelque autre trouble psychique? d'une maladie ou affection des muscles, des ligaments, des tendons, des os ou des articulations, y compris, mais non exclusivement, l'arthrite, toute forme de lupus et toute amputation ou difformité?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7)	Avez-vous déjà fait usage de marijuana, d'héroïne, de morphine, de cocaïne, de LSD, de barbituriques, d'amphétamines ou d'autres drogues ou narcotiques, sauf sur ordonnance de votre médecin?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8)	a) Consommez-vous actuellement plus de 12 boissons alcoolisées par semaine? Si « oui », indiquez le nombre, le type et la fréquence de consommation.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	b) Avez-vous déjà changé votre mode de consommation d'alcool (augmentation ou diminution), vous a-t-on déjà conseillé de suivre ou avez-vous suivi un traitement contre l'abus de drogues ou d'alcool ou participé à un programme de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9)	Souffrez-vous d'une affection pour laquelle on a recommandé une hospitalisation, des tests complémentaires, une investigation ou une intervention chirurgicale encore à faire ou dont vous attendez les résultats?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10)	Prenez-vous des médicaments sur ordonnance? Si « oui », indiquez le nom des médicaments et la raison pour laquelle vous les prenez.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11)	Souffrez-vous de symptômes ou de problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou été soigné?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12)	Votre poids a-t-il changé durant la dernière année? Si « oui », veuillez donner des détails incluant la raison et le nombre de livres/kilogrammes en gain ou en perte.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13)	Femmes seulement : Êtes-vous enceinte? Si « oui », veuillez fournir la date prévue de l'accouchement et nous aviser si vous avez eu des complications avec cette grossesse ou toute autre grossesse dans le passé.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14)	Au cours des dix dernières années, avez-vous consulté un médecin, été soigné ou hospitalisé, subi une intervention chirurgicale ou un examen (étant exclus les examens routiniers et les traumatismes légers) pour quelque maladie ou affection non mentionnée ci-dessus?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15)	Avez-vous déjà reçu ou demandé des prestations ou une rente pour maladie, blessure ou infirmité?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16)	Avez-vous été condamné ou êtes-vous en attente d'une condamnation pour une infraction criminelle, votre permis de conduire a-t-il déjà été suspendu ou, au cours des trois dernières années, avez-vous été condamné pour plus de trois infractions au Code de la route?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Membre : les questions ci-dessous concernent les activités en dehors de vos fonctions militaires.

Remarque : le conjoint (s'il en fait la demande) doit également remplir cette section

17)	Avez-vous volé en tant que pilote, étudiant-pilote ou membre d'équipage au cours des deux dernières années, ou avez-vous l'intention de le faire? Si « oui », indiquez les dates et autres détails ci-dessous.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18)	Avez-vous déjà pratiqué ou envisagez-vous de pratiquer des activités ou des sports dangereux (plongée sous-marine, parachutisme, ou autre)? Si « oui », indiquez le type d'activité/de sport, les dates et autres détails ci-dessous.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19)	Avez-vous l'intention de voyager ou de résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis pour plus d'un mois? Si « oui », veuillez préciser l'endroit, la période, les dates et la raison.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DÉTAILS SUPPLÉMENTAIRES SI VOUS RÉPONDEZ « OUI » À TOUTE QUESTION, VEUILLEZ FOURNIR DES DÉTAILS CI-DESSOUS

N° de la question	Nom de la personne à assurer	Détails : Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez annexer une feuille, signée et datée.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX CETTE SECTION DOIT TOUJOURS ÊTRE REMPLIE LORSQUE VOUS FAITES UNE DEMANDE D'ADHÉSION

Parmi vos parents, frères ou sœurs naturels, y en a-t-il qui aient déjà subi un pontage, souffert d'une crise cardiaque, d'angine ou de quelque autre forme de cardiopathie, d'un accident vasculaire cérébral, d'une polykystose rénale, du diabète, d'un cancer (si « oui », indiquez le type), de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson, de la sclérose en plaques, d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA), de la maladie de Huntington, d'alcoolisme, de quelque trouble nerveux ou mental ou d'une autre maladie héréditaire?

Membre		Conjoint	
Oui	Non	Oui	Non
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si « oui », veuillez remplir le tableau suivant. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez annexer une feuille, signée et datée.

	Membre			Conjoint		
	Maladie ou affection	Âge au début de la maladie/au diagnostic	Âge au décès (s'il y a lieu)	Maladie ou affection	Âge au début de la maladie/au diagnostic	Âge au décès (s'il y a lieu)
Père						
Mère						
Frères et sœurs						

MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE

Débit préautorisé mensuel (DPA)

J'ai annexé à la présente un formulaire d'Entente de débit préautorisé (DPA) dûment rempli qui autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») à prélever la prime exigible (plus les taxes applicables) à mon compte.

Chèque

J'ai annexé à la présente un chèque couvrant la première prime mensuelle, libellé à « iA Groupe financier ». Je comprends que le solde de la prime (plus les taxes applicables) sera facturé dès que ma demande d'adhésion aura été approuvée.

Pour les clients existants seulement

Veuillez utiliser mon mode de paiement actuel.

DÉCLARATION ET AUTORISATION VEUILLEZ SIGNER À L'ENCRE

J'accuse réception de l'Avis de divulgation (ci-joint) décrivant les activités du Bureau de renseignements médicaux. J'autorise :

- a) tout professionnel de la santé ainsi que toute autre institution publique ou privée de soins de santé ou toute institution de services sociaux, toute compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, tout promoteur de régime d'assurance, tout représentant, tout courtier ou tout intermédiaire de marché, tout tiers administrateur, tout agent de renseignements personnels ou toute agence d'investigation professionnelle et toute agence gouvernementale ou toute autre institution, tout autre organisme ou toute autre personne possédant des dossiers ou des renseignements à mon sujet ou au sujet de mon état de santé, à donner à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») ou à ses réassureurs de tels renseignements à des fins d'évaluation des risques, d'administration ou d'investigation relativement à une demande de règlement subséquente.
- b) la société ou ses réassureurs à divulguer et à échanger tout renseignement personnel obtenu par l'entremise des personnes et des organismes mentionnés ci-dessus à des fins d'évaluation de la présente demande d'adhésion à l'assurance, d'administration de tout certificat émis et aux fins de toute enquête relative à toute demande de règlement.
- c) la société à tester et à évaluer un échantillon de mon sang, de mon urine ou de ma salive à des fins d'évaluation du risque d'assurance que je représente. Cette analyse comprend un test de dépistage des infections au VIH.
- d) la société à divulguer tout résultat anormal de test à mon médecin personnel.

Je reconnais que toute correspondance en lien avec la présente demande d'adhésion à l'assurance, incluant la demande de renseignements médicaux supplémentaires et la communication de toute décision concernant l'évaluation des risques, sera envoyée au demandeur. Si la couverture pour enfants à charge est demandée, toute communication sera envoyée au membre.

Je confirme que les réponses données précédemment, qui font partie intégrante d'une demande d'adhésion à l'assurance collective présentée à la société, sont véridiques, complètes et consignées de façon correcte et qu'elles constituent, avec d'autres formulaires signés par moi-même en lien avec la présente demande d'adhésion à l'assurance, le fondement de tout certificat émis en vertu de celle-ci. Je comprends que toute assurance collective découlant de la présente demande d'adhésion peut ne pas être valide s'il y a une réponse incorrecte ou une fausse déclaration dans la présente demande d'adhésion ou s'il y a un changement dans mon assurabilité entre la date de la demande d'adhésion et la date d'entrée en vigueur de la couverture. Je consens à ce que mon assurance ne prenne pas effet avant que ma demande d'adhésion à l'assurance dûment remplie soit acceptée par la société et avant que la première prime mensuelle soit acquittée.

CONSENTEMENT DU CLIENT

VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SONT IMPORTANTS.

Pour **vous**, parce qu'ils font partie de votre vie privée. Pour **nous**, iA Groupe financier et ses entités affiliées, parce qu'ils nous permettent de mieux vous servir au jour le jour.

Nous avons à cœur la protection de vos renseignements personnels.

En faisant affaire avec nous, vous acceptez que nous recueillions, utilisons et communiquions les renseignements personnels qui sont nécessaires pour :

- **Savoir qui vous êtes.**
Vous identifier et maintenir à jour vos coordonnées.
- **Développer une relation avec vous.**
Vous conseiller selon vos besoins, analyser vos demandes et identifier les produits et services qui vous conviennent.
- **Entretenir notre relation avec vous.**
Administer vos produits et services et traiter vos demandes, plaintes et réclamations.
- **Respecter les lois et gérer les risques.**
Par exemple, en matière de cybersécurité ou de lutte contre la criminalité financière.

Nous tenons à vous informer.

Sous certaines conditions, nous pouvons communiquer vos renseignements à nos représentants, agents et partenaires ou à tout autre tiers, **si et seulement si** cette communication :

- est requise pour vous servir; ou
- est conforme à la loi.

Nous nous engageons à partager seulement les renseignements nécessaires.
Pour plus d'information, visitez ia.ca/protection-renseignements-personnels

En tant que membre, VOUS CONFIRMEZ que vous avez l'autorisation de divulguer des renseignements concernant vos personnes à charge et VOUS CONSENTEZ, en leur nom, à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation à votre titulaire de la police, à nos agents, réassureurs et à nos fournisseurs de services, des renseignements que vous avez fournis et qui sont nécessaires pour bénéficier du régime d'assurance collective de votre titulaire de la police.

Une copie de la présente autorisation signée possède la même valeur que l'originale.

X

Signature du membre
(obligatoire)

Date (jj-mmm-aaaa)

X

Signature du conjoint
(si l'assurance est demandée)

Date (jj-mmm-aaaa)

Conseiller financier SISIP qui a aidé à remplir/à réviser ce formulaire

Nom (en lettres moulées)

Code de conseiller

AVIS DE DIVULGATION - BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX LISEZ ATTENTIVEMENT ET CONSERVEZ POUR VOS DOSSIERS

Les renseignements touchant votre assurabilité seront considérés confidentiels. Cependant, l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») et ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport au Bureau de renseignements médicaux, un organisme à but non-lucratif formé de compagnies d'assurance-vie et effectuant un échange d'information au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez à une assurance-vie ou si vous lui demandez des prestations ou des indemnités, le Bureau fournira à cette compagnie membre, 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 sur votre dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pourrez demander une rectification. Voici l'adresse : Bureau de renseignements médicaux, 330 avenue University, Toronto, Ontario, Canada M5G 1R7. Téléphone : (416) 597-0590.

La société pourra aussi communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance-vie auxquelles vous auriez demandé une assurance-vie or une assurance-maladie, ou auxquelles vous demanderiez des prestations ou des indemnités.

ENTENTE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

N° de police collective : 100011627

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

Nom de famille	Prénom	Initiales	Numéro de matricule
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RENSEIGNEMENTS BANCAIRES POUR DÉBITS PRÉAUTORISÉS MENSUELS

VEUILLEZ ANNEXER UN CHÈQUE PERSONNEL PORTANT LA MENTION « ANNULÉ » OU FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS CI-DESSOUS

Nom du ou des titulaires du compte tel qu'il figure dans les registres de l'institution financière

Adresse du ou des titulaires du compte

Ville

Province

Code postal

Nom de l'institution financière

Adresse de la succursale

Ville

Province

Code postal

LA CATÉGORIE DE DPA SI CETTE SECTION N'EST PAS REMPLIE, LE DPA SERA TRAITÉ COMME PERSONNEL.

Dépense personnelle Dépense d'entreprise

N° de succursale (Voir exemple →)

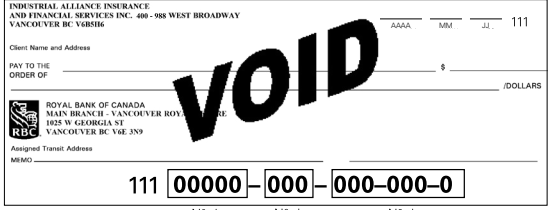
Mode de retrait

Fixe Variable

N° de l'institution financière (Voir exemple →)

N° de compte (Voir exemple →)

Exemple



111 00000-000-000-000-0

N° de succursale N° de l'institution financière N° de compte

Recours

Vous avez droits de recours si un débit n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit non autorisé ou qui ne correspond pas au montant stipulé dans la présente entente de DPA. Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droits de recours, veuillez communiquer avec votre institution financière ou allez à www.paiements.ca.

AUTORISATION COMPLÉTER À L'ENCRE S.V.P.

En ma (notre) qualité de titulaire(s) du compte, j'autorise (nous autorisons) l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») et l'institution financière susmentionnée ou qui figure sur le chèque portant la mention « ANNULÉ » ci-joint à retirer les paiements mensuels variables de mon (notre) compte auprès de la succursale en question afin de prélever les primes et les taxes de vente applicables relatives à l'assurance conformément aux conditions de la police.

Le montant du DPA sera porté au débit du compte susmentionné le 1er jour de chaque mois ou le jour ouvrable suivant. Je consens (Nous consentons) à informer par écrit la société de tout changement aux renseignements bancaires figurant ci-dessus.

Je renonce (nous renonçons) au droit de recevoir un préavis concernant le montant qui sera débité chaque mois et la date de ce débit. Cependant, la société fournira un avis écrit du montant du DPA au moins trois (3) jours civils avant que le premier DPA ne soit débité.

Je peux (Nous pouvons) annuler la présente entente de DPA en tout temps en donnant un préavis écrit à la société à l'adresse indiquée ci-dessous. Ce préavis doit parvenir à la société au moins dix (10) jours ouvrables avant la date du prochain débit. Pour obtenir un échantillon du formulaire d'annulation ou pour tout complément d'information sur mon (notre) droit d'annuler l'entente de DPA, je dois (nous devons) communiquer avec mon (notre) institution financière ou aller à www.paiements.ca.

Je comprends (Nous comprenons) que l'annulation de la présente entente de DPA n'aura aucune incidence sur l'assurance prévue en vertu de cette police, pourvu que le paiement soit reçu lorsqu'il est exigible et qu'il soit fait conformément aux modalités de la police.

La présente entente de DPA s'applique seulement au mode de paiement. Je comprends (Nous comprenons) que le fait de remplir le présent formulaire d'entente de DPA ne signifie pas que la demande d'adhésion à l'assurance a été approuvée.

X

Signature du membre
(signature obligatoire)

Date (jj-mmm-aaaa)

X

Signature de tous les autres titulaires du compte
(si elle est exigée pour ce compte)

Date (jj-mmm-aaaa)

ENVOYEZ VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION REMPLI À

iA Marchés spéciaux

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
400-988 Broadway O, CP 5900, Vancouver, BC V6B 5H6

DES QUESTIONS?

Pour communiquer avec un spécialiste du Service à la clientèle :

1.855.747.4717 (sans frais)

sisipci@ia.ca

Du lundi au vendredi, de 6 h 30 à 16 h 30 heure du Pacifique