

# FORMULAIRE D'ADHÉSION DU MEMBRE À L'ASSURANCE COLLECTIVE

**Veillez remplir, imprimer et signer.**

**Pour les membres avec un certificat médical valide de catégorie 1 ou de classe 1**

## DIRECTIVES

- À remplir par les membres du régime adhérent à l'assurance-vie facultative.
- Pour une couverture nouvelle ou augmentée, veuillez joindre une photocopie de votre certificat médical valide de catégorie 1 ou de classe 1.
- Si vous n'avez aucun certificat médical valide de catégorie 1 ou de classe 1, veuillez remplir le formulaire 6337 : Formulaire d'adhésion à l'assurance collective pour conjoint/membre du régime.
- Pour faire une demande d'Assurance-vie facultative du conjoint, veuillez remplir le formulaire 6337 : Formulaire d'adhésion à l'assurance collective pour conjoint/membre du régime

## RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

Titulaire de la police Professional Pilot Insurance Plan	N° de police collective 100007521
---	--------------------------------------

## 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)
Quel prénom préférez-vous utiliser				
Adresse postale	Ville	Prov.	Code postal	
N° de téléphone (maison)	N° de téléphone ( <input type="radio"/> travail <input type="radio"/> cellulaire)	Courriel		

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

**POUR UNE COUVERTURE NOUVELLE OU AUGMENTÉE, VEUILLEZ JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DE VOTRE CERTIFICAT MÉDICAL VALIDE DE CATÉGORIE 1 OU DE CLASSE 1**

**Assurance-vie temporaire du membre**  
(Unités de 50 000 \$ jusqu'à un maximum de 500 000 \$)

Montant d'assurance total demandé (inclure tout montant déjà en place)

**+**

**Assurance-vie des personnes à charge**  
Obligatoire pour les membres du régime ayant des personnes à charge. La prime de 1,90 \$ par mois couvre toutes les personnes à charge admissibles. Les personnes à charge sont chacune couverte par une garantie d'assurance vie de 5 000 \$.

*Je ne souhaite pas adhérer à l'assurance vie temporaire des personnes à charge car je n'ai pas de conjoint et/ou d'enfants à charge*

---

**Assurance maladies redoutées, décès et mutilation accidentels** La couverture est égale au montant de l'assurance-vie temporaire du membre

## QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE STYLE DE VIE CETTE SECTION DOIT TOUJOURS ÊTRE REMPLIE LORSQUE VOUS FAITES UNE DEMANDE

	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, indiquez quel produit est utilisé, depuis combien de temps vous l'utilisez et quel est votre usage quotidien:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) À votre connaissance, êtes-vous actuellement en bonne santé (à savoir, vous ne présentez aucun symptôme de problème de santé, d'une affection ou d'une condition qui pourrait vous empêcher d'obtenir votre certificat médical de Transport Canada)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Êtes-vous un résident du Canada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE SI L'ASSURANCE-VIE TEMPORAIRE ET/OU L'ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES, DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT EST DEMANDÉE

La répartition se fera à parts égales, sauf indication contraire. Le total des parts doit être égal à 100 %.

Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, votre « succession » sera le bénéficiaire par défaut.

Nom de famille du bénéficiaire <b>principal</b>	Prénom du bénéficiaire	Lien avec le membre	% attribué à chacun
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de famille du bénéficiaire <b>principal</b>	Prénom du bénéficiaire	Lien avec le membre	% attribué à chacun
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de famille du bénéficiaire <b>subsidaire</b>	Prénom du bénéficiaire	Lien avec le membre	% attribué à chacun
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vous devez nommer un fiduciaire pour tout bénéficiaire de moins de 18 ans (ne s'applique pas dans la province de Québec).

Nom du fiduciaire

**Le membre est le bénéficiaire des indemnités au titre de l'assurance-vie temporaire des personnes à charge sauf en cas d'avis écrit à l'effet du contraire.**

### RÉSIDENTS DU QUÉBEC

Si vous avez désigné votre conjoint (les conjoints de fait sont exclus) en tant que bénéficiaire, cette désignation devient automatiquement irrévocable et tout changement à votre couverture nécessitera son consentement.

Si vous ne désirez pas désigner votre conjoint en tant que bénéficiaire irrévocable, veuillez cocher  Révocable

## 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 proposition aura été approuvée.

**Pour les clients existants seulement**

Veuillez utiliser mon mode de paiement actuel.

**Facturez-moi**

Veuillez m'envoyer un relevé de prime une fois que ma couverture aura été approuvée. Je comprends que la couverture va entrer en vigueur le jour auquel ma demande dûment remplie aura été recue et que la prime du premier mois aura été payée.

## DÉCLARATION ET AUTORISATION VEUILLEZ SIGNER À L'ENCRE

Je reconnais que toute correspondance en lien avec la présente proposition d'assurance sera envoyée au proposant.

Je reconnais avoir lu l'avis sur les informations personnelles et confidentielles (ci-inclus) résumant certaines pratiques concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels.

Je consens à l'utilisation de mes renseignements personnels aux fins expliquées dans la présente demande. Je comprends que mon consentement à l'utilisation de ces renseignements pour m'offrir des produits et services est facultatif et que si je désire retirer mon consentement, Je peux appeler ou écrire à la société au numéro de téléphone ou à l'adresse indiqué sur la présente demande.

Je confirme que les réponses données précédemment, qui font partie intégrante d'une proposition d'assurance collective présentée à la Régime d'assurance de l'Association des pilotes fédéraux du Canada établie par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., 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 proposition d'assurance, le fondement de tout certificat émis en vertu de celle-ci. Je comprends que toute assurance collective établie en vertu de la présente proposition d'assurance peut ne pas être valide en cas de réponse incorrecte ou de fausse déclaration données dans le cadre de la présente proposition d'assurance ou en cas de changement touchant mon assurabilité survenu entre la date de la présente proposition d'assurance et la date d'entrée en vigueur de la couverture. Je reconnais qu'il est de ma responsabilité d'aviser la société de tout changement relatif à mon état de santé ou à mon assurabilité. Je consens à ce que mon assurance ne prenne pas effet avant que ma proposition d'assurance dûment remplie soit acceptée par la société et avant que la première prime mensuelle soit acquittée.

(Pour les résidents du Québec) Je confirme que tous les demandeurs âgés de moins de 65 ans sont couverts par un régime privé d'assurance médicaments, comme l'exige la Loi sur l'assurance médicaments du Québec.

Je comprends que la couverture peut être annulée si cette déclaration est fausse.

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

X

Signature du membre  
(obligatoire)

Date (jj-mmm-aaaa)

# ENTENTE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Veillez remplir, imprimer et signer.

## RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

Nom de famille	Prénom	Initiales
<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			
<input type="text"/>			
Adresse du ou des titulaires du compte	Ville	Province	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de l'institution financière			
<input type="text"/>			
Adresse de la succursale	Ville	Province	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 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 →)

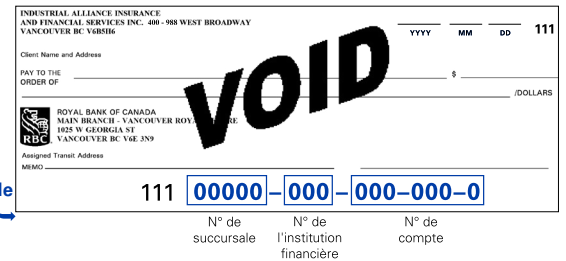
### Mode de retrait

Fixe  Variable

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

N° de compte (Voir exemple →)

Exemple



INDUSTRIAL ALLIANCE INSURANCE AND FINANCIAL SERVICES INC. 400-888 WEST BROADWAY VANCOUVER BC V6B6H6	YYYY	MM	DD	111
Client Name and Address				
PAY TO THE ORDER OF				
	\$			/DOLLARS
ROYAL BANK OF CANADA MAIN BRANCH - VANCOUVER ROYAL BANK OF CANADA 1025 W. GEORGIA ST. VANCOUVER BC V6E 3J9				
Assigned Transit Address				
MEMO				
	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](http://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, les taxes de vente applicables et les frais de service relatifs à l'assurance conformément aux conditions de la police.

Le montant du DPA sera porté au débit du compte susmentionné le 1<sup>er</sup> 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 fi garant 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](http://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 proposition d'assurance a été approuvée.

X

Signature du membre  
(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)

## AVIS SUR LES INFORMATIONS PERSONNELLES ET CONFIDENTIELLES LISEZ ATTENTIVEMENT ET CONSERVEZ POUR VOS DOSSIERS

---

Nous avons besoin des renseignements détaillés que vous avez inscrits dans la proposition d'assurance que vous nous avez déjà remis, tout comme des renseignements supplémentaires que nous pourrions vous inviter à nous transmettre à l'occasion, pour traiter votre demande ainsi que toute demande de prestation que vous pourriez nous présenter. Afin de protéger la confidentialité de ces renseignements personnels, seules les personnes suivantes y ont accès : les personnes autorisées par vous-même ou par la loi ainsi que les employés de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société »), ses réassureurs, les tiers administrateurs, les agents et les courtiers de la société, les promoteurs du régime et les agents et les courtiers de ces promoteurs, et les autres intermédiaires du marché aux fins a) de la promotion d'un régime pour vous, b) de la commercialisation et de l'administration de produits et de services de la société, c) de l'évaluation du risque (souscription) et d) des enquêtes sur les sinistres (le cas échéant). **Votre dossier sera gardé dans nos bureaux.**

**Vous pouvez examiner sur demande les renseignements personnels contenus dans nos dossiers, sous réserve de certaines exceptions restreintes établies par la loi, et si nécessaire, de les avoir rectifiés en nous envoyant une demande écrite à l'adresse suivante : 400-988 Broadway O, CP 5900, Vancouver, BC V6B 5H6, Attention : Le Directeur, iA Marchés spéciaux.** Nous apporterons les corrections nécessaires à nos dossiers. Si une correction que vous exigez est contestée, nous l'inscrirons tout de même dans le dossier. Vous trouverez d'autres renseignements sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels en ligne à **ia.ca**. Vous pouvez aussi nous téléphoner au 1.800.266.5667 et demander qu'une copie de notre politique vous soit envoyée par télécopieur ou par la poste.

## ENVOYEZ VOTRE FORMULAIRE REMPLI À

---

### **iA Marchés spéciaux**

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

## QUESTIONS?

---

Pour communiquer avec un spécialiste du Service à la clientèle :

**1.800.266.5667** (sans frais)

**604.737.3802** (Vancouver)

**marchesspeciaux@ia.ca**

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