

**DEMANDE DE MODIFICATION**

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

Date d'effet du changement

**1. RENSEIGNEMENTS DE BASE**

Nom du titulaire (employeur/organisation) \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_

N° de compte \_\_\_\_\_ N° de catégorie \_\_\_\_\_ Service \_\_\_\_\_ N° de certificat \_\_\_\_\_

Nom du participant (tel qu'indiqué dans nos dossiers) \_\_\_\_\_

Signature de l'administrateur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**2. CHANGEMENT DE NOM OU D'ADRESSE**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Raison :  Correction  Mariage/union civile - date \_\_\_\_\_  Divorce/séparation - date \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

**3. CHANGEMENT DE COUVERTURE (Fournir les détails dans la partie des personnes à charge.)**

Je veux modifier ma couverture pour :  Individuelle  Familiale  Autre : \_\_\_\_\_

Raison :

Mariage/union civile - date \_\_\_\_\_  Divorce/séparation - date \_\_\_\_\_

Conjoint de fait - date de début de la cohabitation \_\_\_\_\_  Autre \_\_\_\_\_ - date \_\_\_\_\_

Cessation de la protection en vertu du régime du conjoint - date de la cessation \_\_\_\_\_

**Personnes à charge :**

	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance		
<input type="checkbox"/> Ajouter conjoint			<input type="checkbox"/> M	_____		
<input type="checkbox"/> Retirer conjoint			<input type="checkbox"/> F	_____		
<input type="checkbox"/> Ajouter enfant			<input type="checkbox"/> M	_____	Étudiant à temps plein	Handicapé
<input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> F	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Ajouter enfant			<input type="checkbox"/> M	_____	Étudiant à temps plein	Handicapé
<input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> F	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si votre conjoint possède une assurance maladie et/ou dentaire, veuillez remplir les sections **COORDINATION DES PRESTATIONS ET EXEMPTION**.

Si vous demandez de l'assurance vie facultative pour votre conjoint, veuillez remplir la section **AJOUT DE GARANTIES FACULTATIVES**.

**4. DÉCLARATION POUR LES PERSONNES À CHARGE DE PLUS DE 21 ANS**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Sexe  M  F Date de naissance \_\_\_\_\_

Étudiant à temps plein : inscrire le nom de l'institution fréquentée \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Handicapé : inscrire la nature du handicap \_\_\_\_\_ Date du début du handicap \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Sexe  M  F Date de naissance \_\_\_\_\_

Étudiant à temps plein : inscrire le nom de l'institution fréquentée \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Handicapé : inscrire la nature du handicap \_\_\_\_\_ Date du début du handicap \_\_\_\_\_

**5. COORDINATION DES PRESTATIONS (Remplir obligatoirement cette section pour les régimes comprenant l'assurance maladie et/ou soins dentaires.)**

Mon conjoint ne dispose pas d'assurance maladie ou soins dentaires (Ne pas remplir les sections 6 et 7.)

Mon conjoint dispose des protections suivantes

Maladie :  Individuelle  Familiale  Exemptée Dentaire :  Individuelle  Familiale  Exemptée

Si vous avez coché une des protections, remplir la section 7.

**6. EXEMPTION (Disponible seulement si vous êtes couvert par un autre régime)**

**EXEMPTION EN ASSURANCE MALADIE :**  pour moi-même et mes personnes à charge

**EXEMPTION EN ASSURANCE SOINS DENTAIRE :**  pour moi-même et mes personnes à charge

Si vous avez coché une des exemptions, remplir la section 7.

**7. INFORMATION OBLIGATOIRE SUR LE RÉGIME DU CONJOINT (Si applicable)**

Nom du conjoint \_\_\_\_\_ N° du groupe du conjoint \_\_\_\_\_ N° de certificat du conjoint \_\_\_\_\_

Date de naissance du conjoint \_\_\_\_\_

Nom de la compagnie d'assurance du conjoint \_\_\_\_\_ Nom de l'employeur du conjoint \_\_\_\_\_

Si vous désirez adhérer plus tard à l'une de ces garanties, certaines conditions pourront s'appliquer.

Informez-vous auprès de votre administrateur.

**VOUS DEVEZ REMPLIR ET SIGNER LA SECTION DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT AU VERSO.**

**8. AJOUT DE GARANTIES FACULTATIVES** (Vérifier auprès de l'administrateur de votre régime pour savoir si des garanties sont offertes et si vous devez remplir un formulaire additionnel.)

VIE	D.M.A.	MALADIE GRAVE	DÉCLARATION
Participant	\$ _____	\$ _____	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé ou fait usage de cigarettes, de cigarillos, de cigares, de la pipe, de tabac à mâcher, de produits substitués de la nicotine sous forme de gomme à mâcher ou de timbres transdermiques ou de tout autre produit du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Signature du participant</b> _____
Conjoint	\$ _____	\$ _____	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé ou fait usage de cigarettes, de cigarillos, de cigares, de la pipe, de tabac à mâcher, de produits substitués de la nicotine sous forme de gomme à mâcher ou de timbres transdermiques ou de tout autre produit du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Signature du conjoint</b> _____
Enfant	\$ _____	\$ _____	

**9. RÉSILIATION DES GARANTIES FACULTATIVES**

	Vie facultative	Décès et mutilation accidentels	Maladie grave
Je souhaite résilier mon assurance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite résilier l'assurance de mon conjoint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite résilier l'assurance de mes enfants.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. CHANGEMENT DE LA DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE** (Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, la prestation sera versée aux héritiers légaux.)

Nom	Prénom	Lien avec le participant	%	Date de naissance	*
				A   M   J	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
				A   M   J	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

**Au Québec, si vous n'indiquez pas votre choix entre révocable et irrévocable, la désignation du conjoint légal est irrévocable et celle de tout autre bénéficiaire est révocable.**

**La désignation de bénéficiaire ci-dessus est destinée à l'assurance du participant.**

**Les prestations pour les personnes à charge sont versées au participant.**

**Pour modifier ou remplacer un bénéficiaire irrévocable désigné antérieurement, veuillez obtenir sa signature.**

**Signature du bénéficiaire irrévocable** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**11. DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE** (À remplir seulement si le bénéficiaire n'a pas atteint l'âge légal de la majorité.)

Je désigne la personne dont le nom paraît ci-dessous à titre de fiduciaire pour recevoir toute somme payable à un bénéficiaire qui n'a pas atteint l'âge de la majorité ou qui n'a pas les capacités légales pour donner quittance. Je déclare que la quittance dudit fiduciaire constitue pour l'Industrielle Alliance une quittance valable relativement à la somme versée.

Nom et prénom du fiduciaire \_\_\_\_\_ Date de naissance A | M | J

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT**

**J'ATTESTE** que, à ma connaissance, l'information fournie dans ce formulaire est véridique et complète.

**JE CONFIRME** que je suis autorisée à divulguer de l'information concernant mes personnes à charge afin de déterminer leur admissibilité dans la mesure où de l'information les concernant est modifiée.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom, **JE CONSENS** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à mon employeur ou titulaire de police et à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs à des fins de tarification, d'administration et d'acceptation de ma demande de participation et de celle de mes personnes à charge au sein du régime d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police.

**J'ACCEPTÉ** que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale s'il tient lieu de numéro de certificat dans le cadre de l'administration de mon régime d'assurance collective.

**J'AUTORISE** mon employeur à effectuer tout prélèvement nécessaire sur mon salaire dans le cas où des cotisations doivent être effectuées dans le cadre de mon régime d'assurance collective et à remettre les sommes à l'Industrielle Alliance.

**JE RECONNAIS** qu'une photocopie de la présente déclaration et autorisation possède la même validité que l'original.

**Signature du participant** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**AVIS DE DIVULGATION**

À l'Industrielle Alliance, 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 l'Industrielle Alliance. Vous avez le droit de consulter votre dossier personnel et, si nécessaire, de corriger toute information erronée. Vous devez envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., 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 l'Industrielle Alliance, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs dans le cadre de leurs fonctions, aux personnes que vous autorisez et à celles autorisées par la loi.

À des fins de vérification et pour des rapports administratifs, l'Industrielle Alliance peut fournir à votre employeur ou titulaire de police des statistiques financières ne contenant aucune information nominative.

L'Industrielle Alliance peut établir une liste de ses clients et partager cette information au sein du Groupe Industrielle Alliance. Cette liste a pour but de permettre à l'Industrielle Alliance de mieux servir ses clients en leur offrant des produits et services disponibles pertinents. Toutefois, vous pouvez demander que votre nom soit retiré de cette liste en écrivant au responsable de l'accès à l'information, à l'adresse mentionnée ci-dessus.