

C. P. 790, succursale B, Montréal (Québec) H3B 3K6

N° de police 9 7 0 0 N° de certificat _____

RAISON DE LA DEMANDE

Nouvelle demande **OU** Modification effective le A M J Raison : _____

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Nom et prénom du participant _____

Adresse _____ Code postal _____

Date de naissance A M J Sexe : M F Langue de communication : F A

CHOIX DES GARANTIES

	ENSEIGNANTE / ENSEIGNANT À TEMPS PLEIN	ENSEIGNANTE / ENSEIGNANT À TEMPS PARTIEL	RÉSERVÉ À L'ASSUREUR
ASSURANCE VIE DE BASE DU PARTICIPANT <input type="checkbox"/> Aucune, ou choisir de 1 à 6 unités de 25 000 \$	_____ unités	_____ unités	
ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT <input type="checkbox"/> Aucune, ou choisir de 1 à 4 unités de 25 000 \$	_____ unités	_____ unités	
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE <input type="checkbox"/> Aucune, ou choisir une des protections suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Conjoint seulement <input type="checkbox"/> • Enfants seulement <input type="checkbox"/> • Conjoint et enfants <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> exemption*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
ASSURANCE MALADIE <ul style="list-style-type: none"> • Participant seul <input type="checkbox"/> • Participant et conjoint <input type="checkbox"/> • Participant et enfants <input type="checkbox"/> • Participant, conjoint et enfants <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Type de protection : <input type="checkbox"/> Médicaments seul. <input type="checkbox"/> Complète	
<input type="checkbox"/> EXEMPTION - Je demande à être exempté de la garantie d'assurance maladie parce que je suis couvert comme personne à charge par le régime de mon conjoint. Nom du conjoint _____ Assureur : _____ N° de police _____			

PERSONNES À CHARGE (à remplir si vos personnes à charge sont à assurer)

	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	
Conjoint			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<u> A </u> <u> M </u> <u> J </u>	<input type="checkbox"/> Mariage <input type="checkbox"/> Cohabitation depuis le : <u> A </u> <u> M </u> <u> J </u>
Enfant			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Si âgé de 18 ans ou plus, préciser : <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Handicapé
Enfant			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Si âgé de 18 ans ou plus, préciser : <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Handicapé
Enfant			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Si âgé de 18 ans ou plus, préciser : <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Handicapé

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE AU DÉCÈS DU PARTICIPANT (à remplir si le participant a opté pour l'assurance vie)

Norm et prénom	Date de naissance	Lien avec le participant	%	Révocable ⁽¹⁾	Irrévocable ⁽¹⁾
_____	<u> A </u> <u> M </u> <u> J </u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<u> A </u> <u> M </u> <u> J </u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ Au Québec, en l'absence de tout choix, la désignation du conjoint légal est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Je, soussigné, déclare que les réponses données dans cette demande sont complètes et véridiques. J'accepte les dispositions du contrat et autorise les retenues nécessaires sur mon salaire.

Signature du participant **X** _____ Date _____

DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATEUR

Nom de l'organisme à facturer _____ N° de compte _____

N° de paye _____ Date d'emploi A M J Date d'admissibilité A M J Salaire brut annuel _____ \$

Demande du participant reçue le A M J En vigueur le A M J Statut d'emploi : Temps plein Temps partiel

Le participant est-il présentement en mesure d'accomplir ses occupations habituelles? Oui Non

*** EXEMPTION ASSURANCE SALAIRE LONGUE DURÉE**

Débutant le _____ Se terminant le _____ Raison : _____

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets et exacts.

Nom de l'administrateur _____ Signature de l'administrateur _____ Date _____

DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, L'INDUSTRIELLE-ALLIANCE COMPAGNIE D'ASSURANCE SUR LA VIE constituera et conservera dans ses bureaux un dossier ayant pour objet de permettre de vous offrir des produits d'assurances qui répondent à vos besoins, dans lequel seront consignés les renseignements nécessaires recueillis à cette fin. Seuls les employés ou les représentants qui en ont besoin pour accomplir leur travail auront accès à ce dossier, ainsi que toute autre personne que vous aurez autorisée.

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante : L'INDUSTRIELLE-ALLIANCE COMPAGNIE D'ASSURANCE SUR LA VIE, Responsable de l'accès à l'information, 1080, chemin Saint-Louis, Sillery, C. P. 1907, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 7M3.

Des frais raisonnables pourront être exigés pour toute copie de dossier.