



Information générale (Écrire à l'encre et en caractères d'imprimerie.)

Nom du titulaire de police (employeur/organisation) _____
 N° de police _____ N° de compte _____ N° de catégorie _____ N° de certificat _____
 Nom du participant _____ Prénom _____
 Date d'emploi

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

 Date d'admissibilité

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

 Salaire annuel _____ \$

1. Objet de cette déclaration

- Demande de garanties facultatives
- Demande d'un montant d'assurance supplémentaire qui excède le maximum précisé dans le régime d'assurance collective :
 Vie de base Salaire Maladie grave
- Demande de participation soumise en retard
- Demande de protection des personnes à charge soumise en retard. Si le conjoint (y compris les enfants, le cas échéant) est ou était couvert par un autre régime d'assurance collective, veuillez préciser :
 Nom de l'assureur _____ N° de police _____ N° de certificat _____
 Date et raison de la cessation de l'assurance, s'il y a lieu _____
- Autre, précisez. _____

2. Protection demandée pour les garanties ci-dessous

Veuillez consulter le livret d'assurance collective ou l'administrateur du régime afin de confirmer les montants de protection.

Garanties	Montant d'assurance actuel	Montant d'assurance supplémentaire demandé	Total
Maladie grave			
1. Participant	\$	\$	\$
2. Conjoint	\$	\$	\$
3. Enfants ¹	\$	\$	\$
Vie de base			
1. Participant	\$	\$	\$
2. Conjoint	\$	\$	\$
3. Enfants ¹	\$	\$	\$
Vie facultative			
1. Participant	\$	\$	\$
2. Conjoint	\$	\$	\$
3. Enfants ¹	\$	\$	\$
Salaire de courte durée	\$	\$	\$
Salaire de longue durée	\$	\$	\$
Assurance maladie	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple		
Assurance soins dentaires	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple		

¹ Chaque enfant bénéficiera du montant de protection que vous aurez sélectionné.

DÉCLARATION DE SANTÉ

Participant : Êtes-vous effectivement au travail et physiquement capable d'effectuer toutes les tâches liées à votre emploi?

Oui Non, précisez. _____

IMPORTANT: Les questions 1 à 13 s'adressent au participant, au conjoint et aux enfants à charge, s'il y a lieu.

Donnez tous les détails relatifs aux réponses affirmatives au point 14.

	Participant		Conjoint		Enfants	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été absent du travail à cause d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit ou de nicotine (gommes, timbres, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours des cinq dernières années :						
a. avez-vous été hospitalisé dans un hôpital ou un autre établissement hospitalier pour observation, repos, diagnostic ou traitement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. avez-vous été diagnostiqué comme étant atteint du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), de l'ARS (ensemble des affections liées au SIDA), du SLG (syndrome de lymphadénopathie généralisée), ou de toute autre affection du système immunitaire, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation ou reçu des traitements connexes ou des conseils pour lesdites maladies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. avez-vous fait usage, à l'exception de ceux prescrits par un médecin, de barbituriques, de cocaïne, d'héroïne, de marijuana, d'opiacés ou d'autres types de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. avez-vous pris part à un traitement pour usage abusif de drogues ou avez-vous été avisé d'y prendre part?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. avez-vous été avisé d'arrêter de boire ou avez-vous participé à tout traitement pour usage abusif d'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. avez-vous soumis une demande d'assurance vie ou d'assurance maladie qui a fait l'objet d'un refus ou d'un ajournement, ou pour laquelle une surprime ou une restriction a été imposée, ou qui a été émise pour un montant moindre que celui demandé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. avez-vous demandé ou reçu des prestations, une compensation ou une rente à cause d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi ou vous a-t-on conseillé de faire un des tests suivants? **Pour chaque test coché, précisez la date, la raison et les résultats** au point 14 de ce formulaire (ou veuillez joindre le document contenant ces informations).

	Participant		Conjoint		Enfants			Participant		Conjoint		Enfants	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
a. électrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. radiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. examen diagnostique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. autres tests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. scan ou résonance magnétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spécifiez	_____	_____	_____	_____	_____	_____
d. examens sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	_____	_____	_____

5. Prenez-vous actuellement des médicaments ou suivez-vous une diète? (Utilisez une autre feuille au besoin. Dated-la et signez-la.)

Si oui, veuillez indiquer le nom du ou des médicaments ou le type de diète.					
Participant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Conjoint	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Enfants	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Prénom de l'enfant		Réponse
			Prénom de l'enfant		Réponse
			Prénom de l'enfant		Réponse
			Prénom de l'enfant		Réponse

6. Au cours des cinq dernières années, avez-vous consulté un médecin ou autre praticien, subi un examen ou été suivi par un médecin, été diagnostiqué comme souffrant de l'une ou l'autre des affections ou des maladies indiquées ci-après ou été traité pour celles-ci, en avez souffert ou avez-vous été avisé que vous en étiez atteint?

	Participant		Conjoint		Enfants			Participant		Conjoint		Enfants	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
a. troubles cardiaques ou douleurs à la poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. maladie de l'intestin ou troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. maladie du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. diarrhée chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. pouls irrégulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q. troubles urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. troubles des vaisseaux sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r. maladie du foie ou calculs biliaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. pleurésie, asthme ou emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s. maladie des organes génitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t. goitre ou maladies glandulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. troubles pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u. névrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. troubles de la pression artérielle, cholestérol élevé ou accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v. arthrite ou rhumatisme, sciatique, goutte, problèmes d'articulation ou des os ou tout type de lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. tumeur ou cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w. dystrophie musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. troubles mentaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x. diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. troubles de l'humeur ou autres troubles émotionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	y. fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. maladie du système nerveux, épilepsie ou convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z. problèmes de la vue, de l'ouïe ou de la gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aa. problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n. ulcère ou maladie de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

	Participant		Conjoint		Enfants	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
7. Êtes-vous au courant d'un indice quelconque de troubles ou d'anomalies, d'ordre physique ou psychologique, qui ne sont pas divulgués dans les réponses données aux questions 1 à 6?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Êtes-vous au courant de signes ou de symptômes pour lesquels une consultation et/ou un examen serait nécessaire et/ou a déjà été planifié?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Pour les boissons alcoolisées, le tabac et les narcotiques ou drogues, indiquez la quantité hebdomadaire consommée. Si aucune, indiquez 0. Pour les boissons alcoolisées, 1 consommation = 1 bouteille de bière = 1 verre de vin = 1 once d'alcool. (Pour les enfants majeurs, utilisez une autre feuille. Datedz-la et signez-la. Veuillez préciser le prénom de chaque enfant.)

	Bière	Vin	Alcool	Tabac	Narcotiques ou drogues
Participant					
Conjoint					

10. Pratiquez-vous ou comptez-vous pratiquer un sport professionnel ou une activité de loisirs à risques (ex. plongée, pilotage, parachutisme, course automobile, etc.)? (Utilisez une autre feuille au besoin. Datedz-la et signez-la.)

Si oui, veuillez spécifier le type d'activité et la fréquence.					
Participant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Conjoint	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Enfants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prénom de l'enfant		Réponse	
		Prénom de l'enfant		Réponse	
		Prénom de l'enfant		Réponse	
		Prénom de l'enfant		Réponse	

DÉCLARATION ET AUTORISATION

J'ATTESTE que les déclarations faites dans le présent formulaire et dans tout autre document annexé de même qu'à l'occasion de toute entrevue téléphonique sont complètes et véridiques et **JE CONSENS** à divulguer l'information nécessaire à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., afin de déterminer mon assurabilité.

JE RECONNAIS que l'assurance demandée est régie par les modalités de la police d'assurance collective et prendra effet à la date déterminée dans celle-ci seulement si l'Industrielle Alliance accepte mon assurabilité.

J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, le MIB Inc., la commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de police, mon employeur ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée détenant des dossiers ou des renseignements à mon sujet ou, s'il y a lieu, au sujet de mes enfants mineurs, à communiquer à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses réassureurs ou à ses représentants tout renseignement nécessaire à l'étude de mon assurabilité ou de celle de mes enfants mineurs, s'il y a lieu.

J'AUTORISE également l'Industrielle Alliance, ses employés et ses réassureurs, à échanger avec ses filiales et d'autres assureurs ou institutions financières les renseignements personnels obtenus à des fins d'étude de mon assurabilité ou, s'il y a lieu, de celle de mes enfants mineurs et à faire enquête auprès d'eux pour l'évaluation du risque.

J'AUTORISE également l'Industrielle Alliance à expédier tous les résultats anormaux de tests à mon médecin personnel.

J'AUTORISE également l'Industrielle Alliance et ses réassureurs à fournir au MIB un bref rapport sur mon état de santé.

La présente déclaration et autorisation est valide aux fins de la présente police d'assurance collective. **Une photocopie de la présente autorisation ou du présent consentement a la même valeur que l'original.**

Date

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

 Signature du participant **X** _____

Signature du conjoint **X** _____

Signature du ou des enfants majeurs **X** _____

AUTORISATION

J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, le MIB Inc., la commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de police, mon employeur ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée détenant des dossiers ou des renseignements à mon sujet ou, s'il y a lieu, au sujet de mes enfants mineurs, à communiquer à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses réassureurs ou à ses représentants tout renseignement nécessaire à l'étude de mon assurabilité ou de celle de mes enfants mineurs, s'il y a lieu.

La présente autorisation est valide aux fins de la présente police d'assurance collective. **Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.**

Date

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

 Signature du participant **X** _____

Signature du conjoint **X** _____

Signature du ou des enfants majeurs **X** _____

OÙ SOUMETTRE LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI?

Si vous êtes un nouveau participant,
veuillez soumettre ce formulaire par :

Télécopieur : 1 877 392-6487

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

Toutes les autres provinces
Administration
522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Si vous êtes déjà un participant de ce groupe,
veuillez soumettre ce formulaire par :

Télécopieur: 1 888 780-3486

Poste : Sélection des risques
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

PRÉAVIS DU MIB INC.

Les renseignements touchant votre assurabilité sont considérés comme confidentiels. Cependant, l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. et ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport au MIB Inc., organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie et effectuant un échange de renseignements au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez une assurance vie ou une assurance maladie auprès d'une autre compagnie, membre du MIB, ou si vous demandez des prestations ou des indemnités à cette dernière, le MIB fournira à la compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous.

Sur réception d'une demande de votre part, le MIB prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant à votre dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB, vous pourrez demander une rectification en envoyant une demande à cette adresse : MIB, 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7, téléphone : 416 597-0590.

L'Industrielle Alliance pourra, elle aussi, communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous auriez demandé une assurance vie ou une assurance maladie, ou auxquelles vous demanderiez des prestations ou des indemnités.

AVIS

Pour étudier votre demande d'assurance, l'Industrielle Alliance pourrait avoir besoin de renseignements additionnels.

On pourrait communiquer avec vous afin d'obtenir des renseignements additionnels à propos de votre santé et de votre situation financière. On pourrait alors vous demander de remplir un questionnaire médical ou de subir un test cognitif et de fournir un échantillon de sang ou d'urine.

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 alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Industrielle Alliance, 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 de services dans le cadre de leurs fonctions ainsi qu'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.