

# DEMANDE DE TARIFS POUR NON-FUMEUR

Les taux pour non-fumeur s'appliquent aux personnes qui, au moment de la demande, n'ont pas consommé de tabac, de nicotine ou de cannabis mélangé à du tabac sous quelque forme que ce soit au cours des 12 derniers mois et qui ont fourni une preuve d'assurabilité satisfaisante.

**Veillez remplir, imprimer et signer.**

## RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

Titulaire de la police	N° de police collective	N° de division
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE/L'EMPLOYÉ CETTE SECTION DOIT TOUJOURS ÊTRE REMPLIE

Nom de famille	Prénom	Initiales	Matricule
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse postale	Ville	Prov.	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de téléphone (maison)	N° de téléphone ( <input type="radio"/> travail <input type="radio"/> cellulaire )	Courriel	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT REMPLISSEZ SI LES TARIFS NON-FUMEUR SONT DEMANDÉS POUR LE CONJOINT

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

## COORDONNÉES DU MÉDECIN PERSONNEL CETTE SECTION DOIT TOUJOURS ÊTRE REMPLIE LORSQUE VOUS FAITES UNE DEMANDE

### Médecin personnel du membre

Nom du médecin personnel	N° de téléphone		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Adresse postale	Ville	Prov.	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de la dernière consultation de quelque médecin que ce soit (jj-mmm-aaaa)	Raison de la dernière consultation		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Résultats (p. ex. normaux), diagnostic, traitement ou médicament prescrit			
<input type="text"/>			

### Médecin personnel du conjoint

Nom du médecin personnel	N° de téléphone		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Adresse postale	Ville	Prov.	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de la dernière consultation de quelque médecin que ce soit (jj-mmm-aaaa)	Raison de la dernière consultation		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Résultats (p. ex. normaux), diagnostic, traitement ou médicament prescrit			
<input type="text"/>			

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

**Pour chaque question à laquelle vous avez répondu «oui», veuillez compléter la section Détails ci-dessous.**

		<b>Membre/ Employé</b>		<b>Conjoint</b>	
		Oui	Non	Oui	Non
1) <b>Membre/Employé :</b>	<b>Taille :</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm <b>Poids :</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg				
2) <b>Conjoint :</b>	<b>Taille :</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm <b>Poids :</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg				
3) 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"/>
4) Avez-vous déjà utilisé un quelconque des produits mentionnés à la question 3? Le cas échéant, veuillez indiquer de quel(s) produit(s) il s'agissait et le date à laquelle vous avez cessé de le(s) utiliser.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Participez-vous à l'opération d'un aéronef ou pratiquez-vous la plongée sous-marine, la parachuterie, ou tout autre sport dangereux?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Quelle est votre profession actuelle? Veuillez fournir des précisions sur tout changement envisagé.					
7) Depuis l'entrée en vigueur de votre assurance...					
a) 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"/>
b) 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"/>
c) 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 et 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"/>
d) 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"/>
e) Souffrez-vous d'une affection pour laquelle une hospitalisation, des tests complémentaires, une investigation ou une intervention chirurgicale ont été recommandés ou sont prévus au cours de la prochaine année?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Avez-vous quelque raison de penser que vous souffrez d'une affection quelconque, ou prenez-vous des médicaments sur ordonnance en ce moment?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Avez-vous consulté un médecin ou été soigné pour une maladie, une blessure ou un trouble autre que ceux mentionnés ci-dessus?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Avez-vous déjà fait une demande d'assurance vie, invalidité ou contre les maladies graves qui a entraîné un refus, un ajournement, une surprime ou des modifications? Si c'est le cas, pourquoi?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**DÉTAILS** POUR CHAQUE QUESTION À LAQUELLE VOUS AVEZ RÉPONDU «OUI», VEUILLEZ PRÉCISER LES DÉTAILS CI-DESSOUS

N° de la question	Nom de l'assuré	Détails (veuillez préciser les dates, durées, nom et adresse de tous les médecins et hôpitaux, etc.) Si vous manquez d'espace, ajoutez une feuille datée et signée

## 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 proposition d'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 proposition d'assurance, incluant la demande de renseignements médicaux supplémentaires et la communication de toute décision concernant l'évaluation des risques, sera envoyée au proposant.

De plus, j'accuse réception de l'Avis sur les informations personnelles et confidentielles (ci-joint) qui résume certaines pratiques touchant la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels me concernant.

J'accepte que les renseignements personnels me concernant soient utilisés aux fins décrites dans la présente proposition d'assurance. Je comprends que mon consentement à l'utilisation de toute information afin de m'offrir des produits et des services est facultatif et que s'il advenait que je veuille mettre fin à une telle utilisation, je peux communiquer avec la société, par téléphone, au numéro indiqué sur la présente proposition d'assurance ou écrire à l'adresse mentionnée sur cette dernière.

Je confirme que les réponses données précédemment, qui font partie intégrante d'une proposition d'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 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.

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

X

Signature du Membre/de l'Employe  
(obligatoire)

Date (jj-mmm-aaaa)

X

Signature du conjoint  
(si l'assurance est demandée)

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, Solutions pour les marchés spéciaux. Nous apporterons les corrections nécessaires à nos dossiers. Si une correction que vous exigez est contestée, nous l'inscrivons 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](http://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.

## 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 ou une assurance-maladie, ou auxquelles vous demanderiez des prestations ou des indemnités.

## ENVOYEZ VOTRE FORMULAIRE REMPLI À



SOLUTIONS  
POUR LES  
MARCHÉS SPÉCIAUX

**Solutions pour les 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)  
**solutions@ia.ca**  
Du lundi au vendredi, de 6 h 30 à 16 h 30 heure du Pacifique