

DEMANDE DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE

Vous devez agir dans un délai de 31 jours suivant la date limite si vous ne voulez pas que votre couverture soit interrompue.

En tant qu'assuré d'iA Marchés spéciaux, vous serez heureux d'apprendre que, lorsque votre conjoint ou vous-même n'êtes plus admissibles à la garantie d'assurance maladie grave collective offerte par votre employeur, il vous sera possible de transformer votre couverture en un régime collectif distinct, également administré par iA Marchés spéciaux. De plus, si vous transformez votre régime, aucune preuve d'assurabilité ne vous sera demandée et vous n'aurez à subir aucun examen médical! **Votre demande de transformation doit être reçue dans un délai de 31 jours suivant la fin de la couverture d'assurance maladie grave collective de votre employeur.**

EN QUOI CONSISTE L'ASSURANCE MALADIE GRAVE?

L'assurance maladie grave vous permet de recevoir une somme forfaitaire lors du diagnostic de l'une des maladies couvertes. La prestation est libre d'impôt, et vous pouvez l'utiliser comme bon vous semble. Habituellement, la prestation est utilisée pour rembourser des dettes, faire des travaux pour adapter le domicile, prendre soin des enfants, effectuer des placements ou prendre des vacances. Elle peut également servir de complément au revenu de retraite ou permettre à un assuré de modifier son mode de vie.

LE VERSEMENT DE LA PRESTATION NE DÉPEND PAS DE VOTRE CAPACITÉ À TRAVAILLER OU DE VOTRE RÉTABLISSEMENT

Contrairement à l'assurance invalidité de longue durée, la prestation d'assurance maladie grave vous est versée, peu importe si vous êtes apte au travail pendant votre maladie ou si votre rétablissement est complet.

QUE COUVRE LE RÉGIME?

Le régime couvre les mêmes 25 maladies graves couvertes par votre régime d'assurance maladie grave collectif, y compris les trois plus importantes : la crise cardiaque, le cancer (mettant la vie en danger) et l'accident vasculaire cérébral.

Voici une liste des maladies ou affections couvertes :

Accident vasculaire cérébral	Crise cardiaque	Insuffisance rénale	Perte de l'usage de la parole
Anémie aplastique	Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques	Perte de membres
Brûlures graves	Démence y compris la maladie d'Alzheimer	Maladie du motoneurone	Remplacement ou réparation d'une valve cardiaque
Cancer (mettant la vie en danger)	Grefe d'un organe vital	Méningite purulente	Sclérose en plaques
Cécité	Infection à VIH contractée au travail	Paralysie	Surdité
Chirurgie de l'aorte		Perte d'autonomie	Tumeur cérébrale bénigne
Coma			

* Pour les définitions complètes des maladies ou affections couvertes ci-dessus, consultez notre site web à l'adresse specialmarkets.ia.ca/definitions-maladies-graves. Veuillez également noter que, en raison des progrès de la médecine et de l'évolution des traitements prodigués en cas de maladie grave, les définitions du contrat peuvent être modifiées.

VOUS ÊTES ÉGALEMENT PROTÉGÉ CONTRE PLUSIEURS MALADIES QUI NE METTENT PAS LA VIE EN DANGER

La garantie protection PrévenSoins vous permet d'obtenir 10 % de la prestation totale prévue lors d'une angioplastie coronarienne et lors du diagnostic de plusieurs cancers en première phase. La prestation ne peut être versée que pour une seule maladie ou affection couverte par la garantie protection PrévenSoins. Cependant, le versement d'une prestation en vertu de la garantie protection PrévenSoins ne changera en rien les prestations qui seront versées par la suite lors du diagnostic de l'une des 25 maladies ou affections couvertes.

FOIRE AUX QUESTIONS

Y a-t-il une date limite pour la transformation?

Oui. Votre demande de transformation doit être reçue dans un délai de 31 jours suivant la résiliation de la couverture d'assurance maladie grave collective de l'employeur.

Qui peut se prévaloir du droit de transformation?

Les employés et les conjoints qui sont assurés en vertu de l'assurance maladie grave collective de leur employeur peuvent transformer leur assurance à condition de satisfaire aux critères d'admissibilité énumérés ci-dessous :

Critères d'admissibilité :

- Le ou les demandeurs ne doivent plus être admissibles à l'assurance maladie grave en vertu du régime d'assurance maladie grave collectif de leur employeur
- Le ou les demandeurs qui souhaitent transformer leur assurance doivent être âgés de moins de 65 ans au moment où ils effectuent leur demande
- Le ou les demandeurs qui souhaitent transformer leur assurance doivent résider au Canada au moment où ils effectuent leur demande
- Les demandes de transformation doivent être reçues dans un délai de 31 jours suivant la date de résiliation de la couverture du demandeur en vertu de l'assurance maladie grave collective de son employeur
- Le ou les demandeurs qui souhaitent transformer leur assurance ne doivent pas avoir reçu de prestation à la suite du diagnostic d'une maladie ou affection couverte ou ne doivent pas avoir reçu de prestation garantie protection PrévenSoins en vertu de l'assurance maladie grave collective de leur employeur

La couverture des enfants à charge NE peut être transformée.

Y a-t-il une garantie de remboursement?	Vous disposez de 60 jours à compter de la date de prise d'effet de la couverture pour vous assurer que l'assurance maladie grave répond bien à vos besoins. Si nous recevons une demande de résiliation de la couverture dans un délai de 60 jours à compter de la date de prise d'effet de la couverture transformée, nous vous rembourserons toute prime versée.
Quel montant de couverture peut-être transformé?	Le montant de couverture peut être transformé par tranches de 5 000 \$, jusqu'à un maximum de 100 000 \$, sans excéder le montant de couverture dont vous disposez actuellement en vertu de l'assurance maladie grave collective de votre employeur.
À quel moment la couverture qui a été transformée prendra-t-elle effet?	L'assurance transformée prendra effet le jour qui suit immédiatement la date de résiliation de la couverture d'assurance maladie grave collective de votre employeur.
Comment saurai-je si ma couverture d'assurance transformée a été acceptée?	Chaque demandeur dont la couverture aura été acceptée recevra un nouveau certificat d'assurance collective, un sommaire des garanties d'assurance et, s'il y a lieu, un relevé des primes l'informant des modes de paiement offerts.
Quand la couverture transformée prendra-t-elle fin?	Le 31 décembre qui coïncide avec ou qui suit le 75 ^e anniversaire de naissance de l'assuré Lors du versement d'une prestation à la suite du diagnostic de l'une des maladies ou affections couvertes En cas de non-paiement des primes
Existe-t-il des restrictions ou des exclusions en vertu de l'assurance transformée?	Toute exclusion prévue dans la couverture d'assurance maladie grave collective de votre employeur sera transférée dans le contrat d'assurance maladie grave transformé. Cela peut comprendre tout délai d'exécution relatif aux conditions préexistantes dans le cas où votre couverture d'assurance maladie grave collective aurait été en vigueur pendant moins de deux années consécutives. Si votre couverture en vertu de l'assurance maladie grave de votre employeur a été en vigueur pendant moins de 90 jours, les restrictions relatives au cancer et aux tumeurs cérébrales bénignes s'appliqueront.
Puis-je recevoir une prestation pour plus d'une maladie ou affection couverte?	Les prestations versées sont limitées à une seule maladie ou affection couverte.
Comment les primes sont-elles calculées?	Après la transformation, les primes de l'assurance maladie grave sont fondées sur l'âge du demandeur au 1 ^{er} janvier, sur son sexe et sur son statut de fumeur au moment de la transformation.
De quelle façon puis-je payer les primes?	La prime du premier mois doit être jointe à la demande de transformation de l'assurance maladie grave. Il existe quatre modes de paiement pour les autres primes : <ul style="list-style-type: none">• Paiement mensuel par carte de crédit (Visa ou MasterCard)• Prélèvement mensuel préautorisé• Paiement annuel par carte de crédit (Visa ou MasterCard)• Paiement annuel par chèque Il est important de noter que si un employé et son conjoint demandent la transformation de leur assurance maladie grave, les primes de l'employé et du conjoint seront facturées séparément. Chaque demandeur peut donc choisir un mode de paiement différent.
Mes primes seront-elles les mêmes?	Les primes sont regroupées selon des tranches d'âge de 5 ans et sont calculées selon votre âge au 1 ^{er} janvier. Les primes augmenteront le 1 ^{er} janvier, chaque fois que vous changerez de tranche d'âge.
Puis-je modifier mon montant de couverture?	Lorsque, à la suite de la transformation, votre couverture est acceptée, votre montant d'assurance ne peut plus être augmenté par la suite. Vous pouvez demander que ce montant soit diminué par tranches de 5 000 \$, jusqu'à concurrence du montant minimum de 5 000 \$ prévu.
Que se passe-t-il si j'omets de faire un versement?	Un délai de grâce de 31 jours est accordé pour le paiement des primes. Si le paiement n'est pas effectué au cours de ce délai de grâce de 31 jours, la couverture en vertu de l'assurance maladie grave transformée prendra fin et celle-ci NE POURRA ÊTRE REMISE EN VIGEUR par la suite. Par conséquent, il est important de vous assurer du paiement des primes avant l'échéance.

INFORMATIONS SUR LA TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE

ADMISSIBILITÉ

Pour être admissibles à la transformation de la couverture d'assurance maladie grave collective, le ou les demandeurs doivent satisfaire les conditions suivantes :

- Ne plus être admissibles au régime d'assurance maladie grave collective de l'employeur.
- Avoir moins de 65 ans et résider au Canada au moment de la demande de transformation.
- Faire parvenir la demande dans les 31 jours qui suivent la résiliation de la couverture d'assurance maladie grave collective.
- Ne pas avoir reçu de prestations de la garantie protection PrévenSoins ni pour la garantie maladies ou affections couvertes.

INSTRUCTIONS POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE

Pour présenter une demande de transformation, vous devez remplir les pages suivantes du formulaire de demande de transformation de l'assurance maladie grave collective :

- L'employeur doit remplir la page 4 sans exception.
- L'employé qui demande une transformation doit remplir la page 5.
- Le conjoint qui demande une transformation doit remplir la page 6.
- Si l'employé et le conjoint demandent une transformation, toutes les pages doivent être remplies.

TAUX DES PRIMES

Prime mensuelle par tranche de 5 000 \$				
Âge au 1 ^{er} janvier*	Homme		Femme	
	Non-Fumeur**	Fumeur	Non-Fumeur**	Fumeur
moins de 25	0,57 \$	0,67 \$	0,54 \$	0,60 \$
25 - 29	0,69 \$	0,88 \$	0,75 \$	0,88 \$
30 - 34	0,87 \$	1,25 \$	1,11 \$	1,35 \$
35 - 39	1,21 \$	1,93 \$	1,66 \$	2,13 \$
40 - 44	1,83 \$	3,24 \$	2,48 \$	3,37 \$
45 - 49	2,91 \$	5,47 \$	3,65 \$	5,27 \$
50 - 54	4,83 \$	9,08 \$	5,28 \$	7,98 \$
55 - 59	8,00 \$	14,61 \$	7,45 \$	11,79 \$
60 - 64	13,22 \$	22,60 \$	10,96 \$	17,57 \$
65 - 69 [†]	21,21 \$	35,32 \$	16,87 \$	26,66 \$
70 - 74 [†]	35,70 \$	56,82 \$	23,97 \$	38,57 \$

* Les primes sont calculées annuellement, selon votre âge au 1er janvier, et augmentent lorsque vous atteignez le groupe d'âge supérieur.

** 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.

† L'âge maximal pour présenter une demande est établi à 64 ans. Les primes indiquées pour le groupe d'âge de 65 à 74 ans ne s'appliquent qu'aux renouvellements. Les primes peuvent être modifiées en tout temps conformément aux dispositions de la police collective globale No 1000009942. La couverture en vertu du régime susmentionné se termine à la fin de l'année d'assurance pendant laquelle vous atteignez 75 ans.

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

DEMANDE DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE – AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR

La présente demande doit être reçue dans les 31 jours qui suivent la résiliation de la couverture d'assurance maladie grave collective de l'employeur.

Veillez remplir, imprimer et signer à l'encre.

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE COLLECTIVE

Titulaire de la police	N° de police collective	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nom de la division/l'employeur	N° de division	Matricule
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ CETTE SECTION DOIT TOUJOURS ÊTRE REMPLIE

Nom de famille	Prénom	Initiales	Sexe	Date de naissance (jj-mmm-aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	<input type="text"/>

Renseignements sur l'employé (à remplir si l'employé demande une transformation)

Date de la prise d'effet de la couverture d'assurance maladie grave collective de l'employé (jj-mmm-aaaa)	Montant de la couverture de l'employé immédiatement avant la résiliation	Raison de la résiliation	Dernier jour de travail (jj-mmm-aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Renseignements sur le conjoint le cas échéant (à remplir si le conjoint demande une transformation)

Date de la prise d'effet de la couverture d'assurance maladie grave collective du conjoint (jj-mmm-aaaa)	Montant de la couverture du conjoint immédiatement avant la résiliation	Raison de la résiliation	Date de la résiliation
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Je certifie, au nom de l'**employeur**, que toutes les conditions suivantes pour la transformation ont été satisfaites :

1. L'**employé et/ou son conjoint** ont mis fin à leur emploi ou ne sont plus admissibles à la couverture d'assurance maladie grave en vertu de la police collective.
2. L'**employé et/ou son conjoint** présentent une demande de transformation dans les 31 jours qui suivent la résiliation de la couverture maladie grave collective.

Nom du signataire autorisé	Titre
<input type="text"/>	<input type="text"/>
X	
Signature du signataire autorisé	Date (jj-mmm-aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de téléphone	Courriel
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DEMANDE DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE – EMPLOYÉ

La présente demande doit être reçue dans les 31 jours qui suivent la résiliation de la couverture d'assurance maladie grave collective de l'employeur.

Veillez remplir, imprimer et signer à l'encre.

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE COLLECTIVE

Titulaire de la police	N° de police collective	
_____	_____	
Nom de la division/l'employeur	N° de division	Matricule
_____	_____	_____

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

Nom de famille	Prénom	Initiales	Sexe	Date de naissance (jj-mmm-aaaa)
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	_____
Adresse postale	Ville		Prov.	Code postal
_____	_____		_____	_____
N° de téléphone (maison)	N° de téléphone (<input type="radio"/> travail <input type="radio"/> cellulaire)		Courriel	
_____	_____		_____	
Date de la cessation de l'emploi (jj-mmm-aaaa)	Raison de la cessation			
_____	_____			

MONTANT D'ASSURANCE DÉSIRÉ

Montant de la couverture d'assurance maladie grave collective de base actuelle	Montant de la couverture d'assurance maladie grave facultative actuelle	Montant total de la couverture d'assurance maladie grave collective à transformer (par tranches de 5 000 \$ à 100 000 \$)
_____ \$	_____ \$	_____ \$

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 les produits utilisés et fournir les détails ci-dessous.

Oui Non

DÉTAILS Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez annexer une feuille, signée et datée.

AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ

Je certifie que toutes les conditions suivantes ont été satisfaites :

1. Je suis âgé de moins de 65 ans et je réside au Canada.
2. Je fais parvenir la demande dans les 31 jours qui suivent la résiliation de la couverture d'assurance maladie grave collective actuelle.
3. Je n'ai reçu aucune prestation de la garantie protection PrévenSoins ni pour la garantie maladies ou affections couvertes en vertu de la police collective actuelle.
4. Je comprends que les exclusions en vertu de la couverture de la police collective actuelle, le cas échéant, s'appliqueront à la couverture transformée.
5. Je comprends que toutes les primes pour la couverture transformée seront établies en fonction de mon âge (atteint au 1er janvier), de mon sexe et de mon statut de fumeur au moment de la transformation.
6. 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.

X

Signature de l'Employé (signature obligatoire)

Date (jj-mmm-aaaa)

DEMANDE DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE – CONJOINT

La présente demande doit être reçue dans les 31 jours qui suivent la résiliation de la couverture d'assurance maladie grave collective de l'employeur.

Veillez remplir, imprimer et signer à l'encre.

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE COLLECTIVE

Titulaire de la police	N° de police collective	
Nom de la division/l'employeur	N° de division	Matricule

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

Nom de famille	Prénom	Initiales	Sexe	Date de naissance (jj-mmm-aaaa)
			<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT

Nom de famille	Prénom	Initiales	Sexe	Date de naissance (jj-mmm-aaaa)
			<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	
Adresse postale	Ville		Prov.	Code postal
N° de téléphone (maison)	N° de téléphone (<input type="radio"/> travail <input type="radio"/> cellulaire)		Courriel	

Un conjoint doit être inadmissible à la couverture en vertu de la police collective actuelle en raison de la cessation d'emploi de l'employé ou du fait qu'il n'est désormais plus un conjoint admissible.

Date de fin d'admissibilité du conjoint (jj-mmm-aaaa)	Raison de la fin d'admissibilité
---	----------------------------------

MONTANT D'ASSURANCE DÉSIRÉ

Montant de la couverture d'assurance maladie grave collective de base actuelle _____ \$	Montant de la couverture d'assurance maladie grave facultative actuelle _____ \$	Montant total de la couverture d'assurance maladie grave collective à transformer (par tranches de 5 000 \$ à 100 000 \$) _____ \$
---	--	---

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 les produits utilisés et fournir les détails ci-dessous.

Oui Non

DÉTAILS Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez annexer une feuille, signée et datée.

AUTORISATION DU CONJOINT

Je certifie que toutes les conditions suivantes ont été satisfaites :

- Je suis âgé de moins de 65 ans et je réside au Canada.
- Je fais parvenir la demande dans les 31 jours qui suivent la résiliation de la couverture d'assurance maladie grave collective actuelle.
- Je n'ai reçu aucune prestation de la garantie protection PrévenSoins ni pour la garantie maladies ou affections couvertes en vertu de la police collective actuelle.
- Je comprends que les exclusions en vertu de la couverture de la police collective actuelle, le cas échéant, s'appliqueront à la couverture transformée.
- Je comprends que toutes les primes pour la couverture transformée seront établies en fonction de mon âge (atteint au 1er janvier), de mon sexe et de mon statut de fumeur au moment de la transformation.
- 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.

X

Signature du conjoint (signature obligatoire) _____ Date (jj-mmm-aaaa)

SÉLECTION DE PAIEMENT ET AUTORISATION

Veillez remplir, imprimer et signer à l'encre.

Remplir et soumettre avec votre demande de transformation

MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME DE L'EMPLOYÉ 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.

Facturez-moi

Veillez 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.

X

Signature de l'employé

Date (jj-mmm-aaaa)

MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME DU CONJOINT COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE

Même mode de paiement que l'employé

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.

Facturez-moi

Veillez 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.

X

Signature du conjoint

(si vous faites une demande)

Date (jj-mmm-aaaa)

ENTENTE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Veillez remplir, imprimer et signer.

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE/L'EMPLOYÉ

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

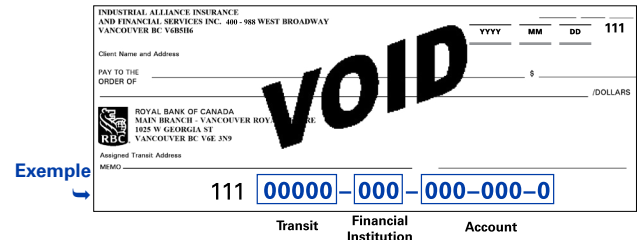
Nom du ou des titulaires du compte tel qu'il figure dans les registres de l'institution financière			
<input type="text"/>			
Adresse du ou des titulaires du compte	Ville	Province	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de l'institution financière			
<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 →)



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.

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 1er 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 figurant 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.

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/de l'employé
(signature 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.

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

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