

Pour pouvoir faire une demande de tarifs pour non-fumeurs, vous ne devez pas avoir fumé de cigarettes, cigares, cigarillos, pipe, marijuana, ou utilisé de tabac à priser, ou à chiquer, ou des produits à la nicotine (timbre, gomme, etc.), durant les 12 derniers mois. Vous devez aussi fournir une preuve satisfaisante d'assurabilité.

Renseignements sur la police

N° de police N° de division Nom du titulaire de la police ou de l'association

--	--	--

Renseignements personnels

Renseignements concernant le Membre/l'Employé (remplissez obligatoirement)

Nom de famille Prénom Initiales N° du Membre/de l'Employé

--	--	--	--

Renseignements concernant le conjoint(e) (le cas échéant)

Nom de famille Prénom Initiales

--	--	--

Adresse postale

Rue	Ville
-----	-------

Prov. Code postal Numéro de téléphone (maison) Numéro de téléphone (travail) Courriel

--	--	--	--	--	--

Renseignements concernant votre style de vie

	Membre/ Employé		Conjoint(e)		Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir des précisions ci-dessous (notamment dates, durées, etc.)	
	Oui	Non	Oui	Non	Détails – Membre/Employé	Détails – Conjoint(e)
1. a) Durant les 12 derniers mois , avez-vous fumé la cigarette, le cigare, le cigarillo, la pipe, ou utilisé du tabac à priser ou à chiquer ou des produits à la nicotine (timbre, gomme etc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Durant les 12 derniers mois , avez-vous fumé de la marijuana ou consommé d'autres agents similaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Avez-vous déjà utilisé un quelconque des produits mentionnés à la question 1? Le cas échéant, veuillez indiquer de quel(s) produit(s) il s'agissait et la date à laquelle vous avez cessé de le(s) utiliser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Participez-vous à l'opération d'un aéronef ou pratiquez-vous la plongée sous-marine, la parachutage, ou tout autre sport dangereux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Quelle est votre profession actuelle? Veuillez fournir des précisions sur tout changement envisagé.	➔					

Renseignements concernant votre état de santé

	Membre/ Employé		Conjoint(e)		Pour chaque question à laquelle vous avez répondu « Oui », veuillez préciser les dates, durées, nom et adresse de tous les médecins et hôpitaux, etc.	
	Oui	Non	Oui	Non	Détails – Membre/Employé	Détails – Conjoint(e)
5. Taille	➔					
6. Poids	➔					
7. Depuis l'entrée en vigueur de votre assurance...						
a) Avez-vous déjà souffert des troubles suivants ou été soigné pour eux : cancer, kyste, tumeur ou toute forme de la maladie maligne, ECG anormal, douleurs thoraciques, angine de poitrine, crise cardiaque, diabète, troubles de la thyroïde, pancréatite ou autre maladie ou trouble endocrinien, troubles circulatoires, cardiaques, pulmonaires, rénaux ou hépatiques, hypertension artérielle, épilepsie, troubles mentaux ou nerveux, stress, anxiété ou dépression, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, hépatite, cirrhose, troubles gastriques ou tout autre trouble intestinal, accident vasculaire cérébral, paralysie, accident ischémique transitoire (AIT), ulcère ou tout trouble des yeux, des oreilles, des cordes vocales ou du larynx, y compris la perte de la parole?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) A-t-on déjà établi à votre sujet un diagnostic des affections suivantes ou avez-vous déjà été traité pour ces affections : sida (syndrome d'immunodéficience acquise), para-sida, virus de l'immunodéficience humaine (VIH), maladie transmise sexuellement, hypertrophie des ganglions lymphatiques, diarrhée chronique, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, lésions cutanées rares, infections inexplicables ou toute autre affection immunitaire, autres altérations physiques ou découvertes anormales de biopsie ou de mammographie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e) Avez-vous consulté un médecin ou été soigné pour une maladie, une blessure ou un trouble autre que ceux mentionnés ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f) 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

FORMULAIRE 4119F (MAR/2008)

↓ Détachez ici ↓

Veuillez compléter le verso ➔

AVIS SUR LES INFORMATIONS PERSONNELLES ET CONFIDENTIELLES (Lisez attentivement, détachez 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 Pacifique, Assurance et services financiers inc. (« Industrielle Alliance Pacifique »), ses réassureurs, les tiers administrateurs, les mandataires, les agents et les courtiers de L'Industrielle Alliance Pacifique, les promoteurs du régime et les agents et les courtiers de ces promoteurs, et les autres intermédiaires du marché qui sont responsables a) de la promotion d'un régime pour vous, b) de la commercialisation et de l'administration de produits et de services, c) de l'évaluation du risque (souscription) et d) des enquêtes sur les sinistres. **Votre dossier sera gardé dans les bureaux de l'Industrielle Alliance Pacifique.**

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 : C.P. 5900, 2165 Broadway Ouest, Vancouver, (C.-B.) V6B 5H6, Attention : La Directrice, Administration des régimes collectifs, 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 sur notre site Web, à www.iapacific.com. 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.

Assurance établie par :

Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc., Marchés Spéciaux, 2165 Broadway O. CP 5900, Vancouver (C.-B.) V6B 5H6, 1-800-266-5667, group@iapacific.com

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin personnel du membre	Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin personnel du conjoint(e)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date et raison de la dernière consultation de quelque médecin que ce soit	Date et raison de la dernière consultation de quelque médecin que ce soit
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic, traitement ou médicament prescrit	Diagnostic, traitement ou médicament prescrit
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autorisation – Divulgence des renseignements

J'accuse réception de l'Avis de Divulgence (ci-joint) décrivant les activités du Bureau de renseignements médicaux. J'autorise :

- 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 Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc. (« Industrielle Alliance Pacifique ») ou à ses réassureurs des tels renseignements à des fins d'évaluation des risques, d'administration ou d'investigation relativement à une demande de règlement subséquente.
- Industrielle Alliance Pacifique 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.
- Industrielle Alliance Pacifique 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 à VIH.
- Industrielle Alliance Pacifique 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-jointe) 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 l'Industrielle Alliance Pacifique, 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 l'Industrielle Alliance Pacifique, 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 protection. Je reconnais qu'il est de ma responsabilité d'aviser l'Industrielle Alliance Pacifique 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 l'Industrielle Alliance Pacifique et avant que la première prime mensuelle soit acquittée.

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

Signature du Membre/de l'Employé (signature obligatoire)

Date de la signature (jj/mmm/aaaa)

Signature du conjointe (si les tarifs pour non-fumeur sont demandés)

Date de la signature (jj/mmm/aaaa)

MC Marque de commerce d'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., dont Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc. est un licencié autorisé.

AVIS DE DIVULGATION – Bureau de renseignements médicaux (Lisez attentivement, détachez et conservez pour vos dossiers)

Les renseignements touchant votre assurabilité seront considérés confidentiels. Cependant, Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc. (« Industrielle Alliance Pacifique ») et ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport au Bureau de renseignements médicaux, 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 fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pourrez lui demander une rectification. Voici l'adresse: Bureau de renseignements médicaux, 330 University avenue, Toronto, Ontario, Canada M5G 1R7. Téléphone: (416) 597-0590.

Industrielle Alliance Pacifique 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.