



Réservé à la compagnie

En caractères d'imprimerie et à l'encre, s.v.p.

Renseignements personnels

Qui demande l'assurance? CGA (Notez: les membres retraités ne peuvent pas souscrire à cette assurance) Étudiant CGA Employé ou associé du bureau d'une Association ou d'un cabinet de CGA Conjoint

Langue préférée: Français Anglais (English application available upon request)

Renseignements sur le membre (Remplissez obligatoirement)

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiales _____

Sexe H F Date de naissance _____ Lieu de naissance _____
(J J / M M / M M / A A / A A) Province, État ou pays

Profession _____ Êtes-vous déjà assuré en vertu du présent régime?
 Oui Non Si c'est le cas, inscrivez le numéro du membre / de l'employé. _____

Êtes-vous titulaire d'une autre police de l'Industrielle Alliance Pacifique?
 Oui Non Si c'est le cas, donnez des détails (type de police, montant de la protection, etc.) _____

Renseignements sur le conjoint (Remplissez si l'assurance du conjoint est demandée)

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiales _____

Sexe H F Date de naissance _____ Lieu de naissance _____
(J J / M M / M M / A A / A A) Province, État ou pays

Profession _____ Êtes-vous déjà assuré en vertu du présent régime?
 Oui Non Si c'est le cas, inscrivez le numéro du membre / de l'employé. _____

Êtes-vous un membre des CGA? Oui Non Si « Oui », vous devez compléter une proposition séparée. Êtes-vous titulaire d'une autre police de l'Industrielle Alliance Pacifique?
 Oui Non Si c'est le cas, donnez des détails (type de police, montant de la protection, etc.) _____

Adresse postale Rue _____ Ville _____

Prov. _____ Code postal _____ N° de téléphone (maison) _____ N° de téléphone travail cellulaire Courriel _____

Quelle assurance désirez-vous?

	N'INDIQUEZ PAS L'ASSURANCE DÉJÀ EN VIGUEUR		
	Nbre d'unités	Prime par unité*	Prime annuelle
<input type="checkbox"/> ASSURANCE-VIE TEMPORAIRE DU MEMBRE Unités de 25 000 \$. Maximum : 80 unités (soit 2 000 000 \$) <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur	_____ x _____	_____	= _____ \$
<input type="checkbox"/> ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE DU MEMBRE Unités de 25 000 \$. Maximum : 12 unités (soit 300 000 \$) <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur	_____ x _____	_____	= _____ \$
<input type="checkbox"/> ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT Unités de 25 000 \$. Maximum : 40 unités (soit 1 000 000 \$) <input type="checkbox"/> Membre seulement <input type="checkbox"/> Régime familial	_____ x _____	_____	= _____ \$
<input type="checkbox"/> ASSURANCE PROTECTION DU REVENU Unités de 100 \$. Maximum : 100 unités ou 10 000 \$ par mois (maximum : 66 2/3 % du revenu mensuel brut).	Délai de carence :		
	0-7 jours _____ x _____	_____	= _____ \$
	30 jours _____ x _____	_____	= _____ \$
	90 jours _____ x _____	_____	= _____ \$
	120 jours _____ x _____	_____	= _____ \$
	180 jours _____ x _____	_____	= _____ \$
<input type="checkbox"/> ASSURANCE-VIE TEMPORAIRE DU CONJOINT Unités de 25 000 \$. Maximum : 80 unités (soit 2 000 000 \$) <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur	_____ x _____	_____	= _____ \$
<input type="checkbox"/> ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE DU CONJOINT Unités de 25 000 \$. Maximum : 12 unités (soit 300 000 \$) <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur	_____ x _____	_____	= _____ \$
<input type="checkbox"/> ASSURANCE-VIE TEMPORAIRE DES ENFANTS À CHARGE Le membre doit être assuré en vertu de l'assurance-vie temporaire. Cette assurance prévoit une couverture de <input type="checkbox"/> 15 000 \$ pour chacun de vos enfants à charge ou <input type="checkbox"/> 20 000 \$ pour chacun de vos enfants à charge		1 x 19,95 = _____ \$ 1 x 26,60 = _____ \$	
		Total des primes annuelles = _____ \$	
		Taxes provinciales (8 % de TVD en Ontario ou 9% de T.V.P. au Québec) = _____ \$	
		Total des primes requises de toutes les assurances demandées ci-dessus = _____ \$	

* Selon le nombre d'unités choisies, les primes pourraient être arrondies au cent.

Membre – Nommez votre bénéficiaire

La désignation du bénéficiaire dans la présente proposition remplace et annule toutes les désignations précédentes et révoquées et est valide pour les garanties payables sous les contrats d'assurance-vie temporaire du membre et d'assurance décès et mutilation par accident en vigueur aux termes de cette police, à moins que l'Industrielle Alliance Pacifique n'ait reçu de directives particulières écrites à l'effet du contraire. Vous pouvez désigner un nouveau bénéficiaire à n'importe quel moment sans obtenir le consentement du bénéficiaire existant, à moins que vous ne désignez spécifiquement votre bénéficiaire comme étant irrévocable. (Résidents du Québec : voir ci-dessous)

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiales _____ Lien avec proposant _____

Si vous nommez un bénéficiaire qui a moins de 18 ans, vous devriez nommer un fiduciaire qui recevra l'argent en fiducie pour le bénéficiaire.

Nom du fiduciaire pour un bénéficiaire mineur : _____

Toutes les autres prestations sont payables au membre, incluant les prestations sous l'assurance-vie du conjoint et des enfants à charge, sauf en cas d'avis écrit à l'effet du contraire.

* Résidents du Québec : Si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation sera irrévocable, à moins que ne vous cochiez la case suivante : Révocable

Questionnaire sur l'état de santé et le style de vie

Vous devez répondre aux questions 1 à 21 si vous demandez l'assurance-vie temporaire, l'assurance en cas de maladie grave ou l'assurance protection du revenu. Répondez uniquement aux questions 2 à 6 si l'assurance décès et mutilation par accident est demandée. Répondez uniquement à question 22 si l'assurance-vie temporaire des enfants est demandée.

Membre: Taille _____ Poids _____					Si vous avez répondu « oui » donnez des détails ci-dessous (dates, durées, etc.). Au besoin, utilisez une feuille séparée, que vous signerez et daterez.																																												
Conjoint: Taille _____ Poids _____																																																	
	Membre		Conjoint																																														
	Yes	No	Yes	No																																													
1. Dans les 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette, le cigare, le cigarillo, la pipe, 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"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Détails – Membre</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Détails – Conjoint</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Détails – Membre	Détails – Conjoint																																										
Détails – Membre	Détails – Conjoint																																																
2. Avez-vous volé en tant que pilote, étudiant-pilote ou membre d'équipage au cours des deux dernières années, ou avez-vous l'intention de le faire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
3. Avez-vous déjà pratiqué ou projetez-vous de pratiquer des activités ou des sports dangereux (plongée sous-marine, parachutisme, ou autre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
4. Avez-vous l'intention de voyager ou de résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis pour plus d'un mois? Si « oui », veuillez donner des détails.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
5. Avez-vous déjà fait une demande d'assurance vie, d'assurance invalidité ou d'assurance maladie grave qui a été refusée ou ajournée ou pour laquelle on a exigé une surprime ou imposé quelque modification? Si « oui », veuillez donner des détails.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
6. Travaillez-vous actuellement à temps plein? Si ce n'est pas le cas, veuillez donner des détails incluant la raison pour laquelle vous ne travaillez pas à temps plein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
7. 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, naevus, anémie, trouble sanguin ou quelque forme d'affection maligne? ou encore, d'une anomalie du système immunitaire comme le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), la séropositivité pour le VIH, l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, des lésions cutanées inhabituelles ou des infections inexplicables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
8. 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
9. 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 ou 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
10. Avez-vous déjà souffert d'une des maladies ou affections suivantes ou été soigné pour l'une d'elles : étourdissements, crises, 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
11. Avez-vous déjà fait usage de marijuana, d'héroïne, de morphine, de cocaïne, de LSD, de barbituriques, d'amphétamines ou d'autres drogues ou narcotiques, sauf sur ordonnance de votre médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
12. a) Consommez-vous actuellement plus de 10 boissons alcoolisées par semaine? Si c'est le cas, indiquez le nombre, la fréquence de consommation et le type. b) Avez-vous jamais changé votre mode de consommation d'alcool (augmentation ou diminution), vous a-t-on déjà conseillé de suivre ou avez-vous suivi un traitement contre l'abus de drogues ou d'alcool ou participé à un programme de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
13. Souffrez-vous d'une affection pour laquelle on a recommandé une hospitalisation, des tests complémentaires, une investigation ou une intervention chirurgicale encore à faire ou dont vous attendez les résultats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
14. Prenez-vous des médicaments sur ordonnance? Si c'est le cas, indiquez le nom des médicaments et la raison pour laquelle vous les prenez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
15. Souffrez-vous de symptômes ou de problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou été soigné?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
16. Au cours de la dernière année, avez-vous été absent du travail durant plus de sept jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
17. Votre poids a-t-il changé durant la dernière année? Si « oui », veuillez donner des détails incluant la raison et le nombre de livres/kilogrammes en gain ou en perte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
18. Femmes seulement : Êtes-vous enceinte ou avez-vous déjà eu des complications de grossesse? Si vous êtes enceinte, quelle est la date prévue pour l'accouchement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
19. Au cours des dix dernières années, avez-vous consulté un médecin, été soigné ou hospitalisé, subi une intervention chirurgicale ou un examen (étant exclus les examens courants et les traumatismes légers) pour quelque maladie ou affection non mentionnée ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
20. Avez-vous déjà reçu ou demandé des prestations ou une rente pour maladie, blessure ou infirmité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
21. Avez-vous été condamné pour une infraction criminelle, votre permis de conduire a-t-il déjà été suspendu ou, au cours des trois dernières années, avez-vous été condamné pour plus de trois infractions au Code de la route?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
22. Assurance des enfants : (à remplir uniquement si vous demandez l'assurance vie temporaire pour enfants à charge) Nombre d'enfants à charge admissibles : _____ a) Les enfants à charge devant être assurés sont-ils tous en bonne santé et sans symptômes de maladie ou d'affection? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « non », veuillez donner les détails ainsi que le nom et la date de naissance de tout enfant en cause. b) Un de vos enfants à charge admissibles a-t-il l'intention de voyager ou de résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis pour plus d'un mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », veuillez donner les détails.																																																	

Nom du membre (en caractères d'imprimerie)

Nom du conjoint (en caractères d'imprimerie)

Antécédents familiaux – Remplissez cette section si l'assurance en cas de maladie grave est demandée

Parmi vos parents, frères ou sœurs naturels, y en a-t-il qui aient déjà subi un pontage, souffert d'une crise cardiaque, d'angine ou de quelque autre forme de cardiopathie, d'un accident vasculaire cérébral, d'une polykystose rénale, du diabète, d'un cancer (si « oui », indiquez le type), de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson, d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA), de la maladie de Huntington, d'alcoolisme, de quelque trouble nerveux ou mental ou d'une autre maladie héréditaire?

Membre

Conjoint

Oui Non Oui Non

Si « Oui », veuillez donner les détails. Veuillez compléter le tableau suivant. Si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez une feuille séparée, signée et datée.

	Maladie ou affection		Âge au début de la maladie/au diagnostic		Âge au décès (s'il y a lieu)	
	Membre	Conjoint	Membre	Conjoint	Membre	Conjoint
Père						
Mère						
Frères/ Sœurs						

Qui est votre médecin personnel?

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin personnel du membre

Date et raison de la dernière consultation de quelque médecin que ce soit

Diagnostic, traitement ou médicament prescrit

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin personnel du conjoint(e)

Date et raison de la dernière consultation de quelque médecin que ce soit

Diagnostic, traitement ou médicament prescrit

Remplissez cette section si l'assurance protection du revenu est demandée

1. Revenu mensuel brut _____ \$

Remarque : Par revenu mensuel brut, comprendre le revenu reçu de l'employeur, ou tiré de l'exercice de la profession (à l'exclusion des bonis, des commissions et du revenu pour heures supplémentaires), après déduction des frais généraux mais avant impôts. Si votre revenu n'est pas fixe, vous pouvez inscrire la moyenne de vos revenus des trois dernières années.

2. Salaire mensuel net _____ \$

Remarque : Par salaire mensuel net, comprendre le revenu mensuel brut moins les impôts fédéral et provincial, moins toute déduction effectuée en vertu de l'assurance-emploi, du régime de pensions du Canada, du régime de rentes du Québec, ou moins toute autre cotisation à un régime de retraite.

3. Advenant une invalidité, recevrez-vous un revenu de votre employeur ou en vertu d'un contrat de société? Oui Non

Si c'est le cas, quel est le pourcentage? _____ % Nombre de mois _____

4. Avez-vous déjà demandé une autre assurance protection du revenu, ou une assurance de ce genre est-elle en vigueur? Oui Non

Si c'est le cas, veuillez fournir des détails ci-dessous :

Nom de l'assureur	Individuelle ou collective	Date d'entrée en vigueur	Prestation mensuelle	Période de versement

Si l'une des assurances ci-dessus doit être résiliée, veuillez expliquer pourquoi : _____

Remarque : Même si vous pouvez souscrire une assurance jusqu'à concurrence du moindre entre 10 000 \$ et les deux tiers de votre revenu mensuel brut, prenez note qu'en cas de règlement, le total de vos prestations reçues en vertu du présent régime et des montants provenant de toute autre source (indemnités d'invalidité provenant d'un autre régime collectif, du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, indemnités pour accidents de travail, prestations d'assurance-emploi) ne peut excéder 85 % de votre salaire net moyen. Si vous bénéficiez d'une assurance invalidité de longue durée établie par une autre compagnie d'assurance, veuillez examiner votre protection attentivement afin d'éviter d'être surassuré.

Mode de paiement de la prime (Cochez la case appropriée)

Remarque : si vous êtes déjà assuré en vertu du régime, le même mode de paiement s'appliquera à toutes les garanties.

- Chèque** – J'ai annexé à la présente un chèque couvrant la première prime mensuelle libellé à l'« Industrielle Alliance Pacifique ». Je comprends que le solde de la prime (plus les taxes applicables) sera facturé dès que ma proposition aura été approuvée.
- Carte de crédit** – J'autorise l'Industrielle Alliance Pacifique à prélever la prime exigible (plus les taxes applicables) à la carte de crédit dont le numéro figure ci-dessous.
- 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 Pacifique à prélever la prime exigible (plus les taxes applicables) à mon compte. (Pour obtenir un formulaire, allez à www.iapacific.com/DPA). Des frais de service mensuels de 1 \$ s'appliqueront.
- Débit mensuel par carte de crédit** – J'autorise l'Industrielle Alliance Pacifique à prélever la prime mensuelle exigible (plus les taxes applicables) à la carte de crédit dont le numéro figure ci-dessous le 1er de chaque mois ou autour de cette date. Je comprends que ce montant peut changer éventuellement, comme il est stipulé dans le contrat collectif cadre. L'Industrielle Alliance Pacifique va, dans la mesure du possible, me donner un préavis écrit du nouveau montant avant la date d'effet. L'Industrielle Alliance Pacifique et moi-même pouvons résilier l'option de paiement mensuel par carte de crédit moyennant un préavis écrit.



OU



Titulaire de la carte

N° de la carte de crédit

Date d'expiration

(M M M / A A A A)

Autorisation – Divulgence des renseignements

J'accuse réception de l'Avis de Divulgence (Page 5) 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 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.
- b) L'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.
- c) L'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.
- d) L'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 (Page 5) 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 (**Obligatoire**)

Date (jj/mmm/aaaa)

Nom du membre (en caractères d'imprimerie s.v.p.)

Signature du conjoint (si l'assurance est demandée)

Date (jj/mmm/aaaa)

Nom du conjoint (en caractères d'imprimerie s.v.p.)



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 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.

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 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.

L'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.



**Proposition d'assurance collective
facultative
CGA-Canada**

N° de police 00000566

Assurance établie par :

L'Industrielle Alliance Pacifique,
Assurance et services
financiers inc.

Marchés Spéciaux
2165 Broadway O, CP 5900
Vancouver, (C.-B.) V6B 5H6
group@iapacific.com

Offert aux membres de CGA-Canada et à leur famille
Le présent régime d'assurance est recommandé par l'Association

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.