

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

**Télécopieur :** 1 888 780-2376  
**Courriel :** assurancecollective@ia.ca

**À REMPLIR ET À SIGNER PAR L'ADMINISTRATEUR (Écrire à l'encre et en caractères d'imprimerie.)**

Nom de la commission scolaire \_\_\_\_\_ **N° de police :**  97000  97001

N° de compte \_\_\_\_\_ Catégorie :  Temps plein 100  Temps partiel 200  N° de certificat donné par l'assureur

N° de matricule \_\_\_\_\_ Date d'admissibilité 

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

 Salaire brut annuel \_\_\_\_\_ \$

Signature de l'administrateur **X** \_\_\_\_\_ Date 

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

Courriel de l'administrateur \_\_\_\_\_ N° de tél. 

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

**À REMPLIR ET À SIGNER PAR LE PARTICIPANT (Écrire à l'encre et en caractères d'imprimerie.)**
**1. IDENTIFICATION DU PARTICIPANT**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal 

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

N° Rue App. Ville Province

Date de naissance 

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

 Sexe :  Masculin  Féminin Langue :  Français  Anglais

Courriel\* (facultatif) \_\_\_\_\_

**Dépôt direct du remboursement de vos frais médicaux et dentaires et notification\* du traitement de vos réclamations**

Informations bancaires pour le dépôt direct : \_\_\_\_\_

N° de succursale (5 chiffres)      N° d'institution (3 chiffres)      N° de compte

Je veux être notifié par courriel\* du statut de mes réclamations.       Je ne veux pas être notifié.

\* Votre courriel ne sera utilisé que pour vous communiquer de l'information sur votre régime et qu'à des fins de notification.

**2. CHANGEMENT DES GARANTIES**

	ENSEIGNANT À TEMPS PLEIN	ENSEIGNANT À TEMPS PARTIEL			
<b>Assurance maladie</b> • Participant seul • Participant et conjoint • Participant et enfants • Participant, conjoint et enfants	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Type de protection pour personnes à charge</b> <input type="checkbox"/> Médicaments seulement <input type="checkbox"/> Complète			
<input type="checkbox"/> <b>Exemption</b> – Je demande à être exempté de la garantie d'assurance maladie parce que je suis couvert comme personne à charge sous le régime de mon conjoint. Nom du conjoint <input style="width: 150px;" type="text"/> Assureur <input style="width: 150px;" type="text"/> N° de police <input style="width: 100px;" type="text"/>					
<b>Assurance vie de base du participant</b> (facultative) <input type="checkbox"/> Aucune, ou choisir de 1 à 6 unités de 25 000 \$	<input type="checkbox"/> Ajout _____ unités	<input type="checkbox"/> Ajout _____ unités			
<b>Assurance vie additionnelle du participant</b> (facultative) <input type="checkbox"/> Aucune, ou choisir de 1 à 4 unités de 25 000 \$ <small>*Note -Vous devez choisir 6 unités d'assurance vie de base pour être admissible à l'assurance vie additionnelle.</small>	<input type="checkbox"/> Ajout _____ unités*	<input type="checkbox"/> Ajout _____ unités*			
<b>Assurance vie des personnes à charge</b> (facultative) • Aucune • Conjoint seulement • Enfants seulement • Conjoint et enfants	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>Assurance salaire de longue durée</b> (facultative pour les employés à temps partiel)	<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Exemption**	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<b>** Exemption assurance salaire de longue durée (temps plein seulement)</b> Date d'entrée en vigueur de l'exemption <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; text-align: center;">A</td><td style="width: 15px; text-align: center;">M</td><td style="width: 15px; text-align: center;">J</td></tr></table> Raison <input style="width: 200px;" type="text"/>			A	M	J
A	M	J			

**3. PERSONNES À CHARGE** (À remplir si vous voulez assurer vos personnes à charge pour l'assurance vie ou l'assurance maladie.)

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Date de mariage : <table border="1"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J									
A	M	J														
Conjoint <sup>1</sup>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<table border="1"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J				OU cohabitation depuis le : <table border="1"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J			
A	M	J														
A	M	J														
Enfant		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<table border="1"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J				Si âgé de 18 ans ou plus, préciser <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Handicapé						
A	M	J														
Enfant		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<table border="1"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J				Si âgé de 18 ans ou plus, préciser <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Handicapé						
A	M	J														
Enfant		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<table border="1"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J				Si âgé de 18 ans ou plus, préciser <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Handicapé						
A	M	J														

<sup>1</sup> Si votre conjoint est un conjoint de fait, la période de cohabitation doit être d'au moins un an.

**4. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES** (Si vous ne désignez pas de bénéficiaires, la prestation sera versée à la succession.)

Si vous nommez plusieurs bénéficiaires, le total des pourcentages alloués doit être égal ou inférieur à 100 %. Si le pourcentage total est inférieur à 100 %, la différence sera versée à la succession. Veuillez ne pas indiquer de montants en dollars.

Nom	Prénom	Lien	Date de naissance	%						
			<table border="1"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J				
A	M	J								
			<table border="1"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J				
A	M	J								
			<table border="1"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J				
A	M	J								

**IMPORTANT : Pour les résidents du Québec – À remplir si vous avez désigné votre conjoint (mariage ou union civile) comme bénéficiaire.**

Au Québec, la désignation du conjoint, à l'exception du conjoint de fait, comme bénéficiaire est irrévocable\* à moins que vous ne cochiez la case suivante :

Bénéficiaire révocable

\* Pour modifier la désignation d'un bénéficiaire irrévocable, le consentement écrit de ce dernier est requis.

**DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT**

Par la présente, **J'ADHÈRE** aux garanties auxquelles je suis ou je pourrais devenir admissible en vertu du régime d'assurance collective de mon employeur ou du titulaire de police, sous réserve de toute exemption mentionnée et **J'ATTESTE** que, à ma connaissance, l'information fournie dans ce formulaire est véridique et complète.

**JE CONFIRME** que je suis autorisé à divulguer de l'information concernant mes personnes à charge afin de déterminer leur admissibilité dans la mesure où des garanties les touchent.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom, **JE CONSENS** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à mon employeur ou au titulaire de police et à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la Société), à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs à des fins de tarification, d'administration et d'acceptation de ma demande de participation et de celle de mes personnes à charge au régime d'assurance collective de mon employeur ou du titulaire de police.

**J'AUTORISE** mon employeur à effectuer tout prélèvement nécessaire sur mon salaire dans le cas où des cotisations doivent être effectuées dans le cadre de mon régime d'assurance collective et à remettre les sommes à la Société.

**JE RECONNAIS** qu'une photocopie de la présente déclaration et autorisation possède la même validité que l'original.

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date 

A	M	J

**AVIS DE DIVULGATION**

À l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la Société), 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 la Société.

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, Assurance et services financiers inc., 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 la Société, 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, la Société peut fournir à votre employeur ou au titulaire de police des statistiques financières ne contenant aucune information nominative.

**NOTE : Envoyez une copie à votre commission scolaire et l'original à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. Conservez une copie pour vos dossiers.**