

PREUVES D'ASSURABILITÉ



INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

VOTRE GROUPE SUR TOUTE LA LIGNE®

3. a-t-elle consulté un médecin ou autre praticien, subi un examen ou un suivi médical, été diagnostiquée ou traitée pour les affections ou les maladies indiquées ci-après ou les concernant, en a-t-elle souffert ou a-t-elle avisée qu'elle en était atteinte?

	Participant		Conjoint		Enfants			Participant		Conjoint		Enfants	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
a. troubles cardiaques ou douleurs à la poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. maladie de l'intestin ou troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. troubles de la pression artérielle, cholestérol élevé, accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. diarrhée chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. pouls irrégulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q. appareil urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. troubles des vaisseaux sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r. maladie du foie ou calculs biliaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. maladie du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s. maladie des organes génitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. tumeur ou cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t. goitre ou maladies glandulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. troubles pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u. névrite ou sciatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. pleurésie, asthme ou emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v. arthrite ou rhumatisme, sciatique, goutte, problème d'articulation ou avec les os ou lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w. dystrophie musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. troubles mentaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x. diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. troubles de l'humeur ou autres troubles émotionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	y. fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. maladie du système nerveux, épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z. problèmes de la vue, de l'ouïe ou de la gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab. problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. ulcère ou maladie de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

4. est-elle au courant :

- a. d'un indice quelconque de troubles ou d'anomalies, d'ordre physique ou psychologique, qui ne sont pas divulgués dans les réponses données aux questions 2, 3 et 4? Oui Non
- b. de symptômes ou de commentaires au sujet de son état de santé pour lesquels elle n'a pas encore consulté de médecin ou a-t-elle été avisée de se soumettre à un examen pour établir un diagnostic, ou à un traitement, ou de subir une chirurgie qui n'a pas encore été effectuée? Oui Non

5. Donnez tous les détails des réponses affirmatives données aux questions précédentes (en caractères d'imprimerie et à l'encre) :

N° de la question	Prénom de la personne	Maladie ou autre raison. Indiquez si une opération a été pratiquée. Raison de tout examen préventif, conseil d'ordre médical, traitement et médicament	Date du début de la maladie			Période de temps durant laquelle les fonctions ou les tâches habituelles n'ont pu être exercées	Date de guérison complète			Noms et adresses des médecins et des hôpitaux
			A	M	J		A	M	J	

Si plus d'espace est nécessaire, veuillez utiliser une feuille supplémentaire. Veuillez dater et signer tout document annexé.

6. CONSOMMATION : Indiquez la quantité hebdomadaire consommée (1 consommation d'alcool = 1 verre de vin = 1 bouteille de bière = 1 once d'alcool)

Participant				
Bière	Vin	Alcool	Tabac	Narcotiques ou drogues

Conjoint				
Bière	Vin	Alcool	Tabac	Narcotiques ou drogues

AFIN D'ASSURER UN TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DEMANDE, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET OBTENIR TOUTES LES SIGNATURES REQUISES.

Questions additionnelles pour l'assurance maladie grave
(Répondez aux questions 7 et 8 seulement si vous demandez la garantie d'assurance maladie grave.)
Donnez tous les détails des réponses affirmatives en remplissant le tableau de la page précédente.

7. Est-ce que l'une ou l'autres des personnes à assurer a des antécédents de névrite optique, d'engourdissements, de picotements, de pertes d'équilibre, de faiblesses des extrémités, de troubles visuels ou de pertes de sensation?

Participant		Conjoint		Enfants	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Est-ce que l'un des membres de votre famille souffre ou a déjà souffert de troubles cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux, d'hypertension, de cancer (spécifiez le type), de diabète, de troubles des reins, de la chorée de Huntington, de sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gherig), de maladie du motoneurone, de sclérose en plaques, de maladie d'Alzheimer ou de toute autre maladie héréditaire?

Oui Non Si oui, précisez ci-dessous :

	Cochez le membre de la famille	Maladies (Si cancer, précisez le type.)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès
Participant	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
Conjoint	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				

III- Déclaration et autorisation du participant

Par la présente, **J'ATTESTE** que les déclarations faites dans le formulaire de preuves d'assurabilité et dans tout autre document annexé sont complètes et véridiques et JE CONSENS à divulguer l'information nécessaire à l'Industrielle Alliance afin de déterminer mon assurabilité.

JE CONSENS à ce qu'une prise de sang soit faite et qu'un échantillon de mon urine soit donné en vue d'analyses qui comprendront notamment, mais non exclusivement, des tests pour déceler l'exposition à l'agent causal probable du SIDA, et **J'ACCEPTÉ** que les résultats de ces tests soient divulgués à l'Industrielle Alliance afin de déterminer mon assurabilité.

JE RECONNAIS que l'assurance demandée est régie par les modalités de la police d'assurance collective et prendra effet à la date déterminée dans celle-ci seulement si l'Industrielle Alliance accepte mon assurabilité.

J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, le Bureau de renseignements médicaux, la commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée détenant des dossiers ou des renseignements à mon sujet ou, s'il y a lieu, au sujet de mes enfants mineurs, à communiquer à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses réassureurs ou à ses représentants tout renseignement nécessaire à l'étude de mon assurabilité ou de celle de mes enfants mineurs, s'il y a lieu.

J'AUTORISE également l'Industrielle Alliance, ses employés ou ses réassureurs, à échanger avec ses filiales et d'autres assureurs ou institutions financières les renseignements personnels obtenus à des fins d'étude de mon assurabilité ou, s'il y a lieu, de celle de mes enfants mineurs et à faire enquête auprès d'eux pour l'évaluation du risque.

J'AUTORISE également l'Industrielle Alliance à expédier tous les résultats anormaux de tests à mon médecin personnel.

La présente déclaration et autorisation est valide aux fins de la présente police d'assurance collective. **Une photocopie de la présente autorisation ou du présent consentement a la même valeur que l'original.**

Date

A	M	J

 Signature du participant _____ Signature du conjoint _____
 Signature de l'enfant majeur _____

Avis de divulgation

À l'Industrielle Alliance, 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 l'Industrielle Alliance.

Vous avez le droit de consulter votre dossier personnel et, si nécessaire, de corriger toute information erronée. Vous devez envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., responsable de l'accès aux dossiers personnels, 1080, chemin Saint-Louis, Sillery (Québec) G1K 7M3.

L'accès à votre dossier personnel n'est donné qu'aux employés de l'Industrielle Alliance, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs 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, l'Industrielle Alliance peut fournir à votre employeur, ou titulaire de la police, des statistiques financières ne contenant aucune information nominative.

Préavis du Bureau de renseignements médicaux

Les renseignements touchant votre assurabilité sont considérés comme confidentiels. Cependant, l'Industrielle Alliance 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 de renseignements au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez une assurance vie ou une assurance maladie auprès d'une autre compagnie, membre du Bureau, ou si vous demandez des prestations ou des indemnités à cette dernière, le Bureau fournira à la compagnie, 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 à votre dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pourrez demander une rectification en envoyant une demande à cette adresse : Bureau de renseignements médicaux, 330, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 1R7; téléphone : (416) 597-0590.

L'Industrielle Alliance 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.

IV- Autorisation

J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, le Bureau des renseignements médicaux, la commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée détenant des dossiers ou des renseignements à mon sujet ou, s'il y a lieu, au sujet de mes enfants mineurs, à communiquer à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses réassureurs ou à ses représentants tout renseignement nécessaire à l'étude de mon assurabilité ou de celle de mes enfants mineurs, s'il y a lieu.

La présente déclaration et autorisation est valide aux fins de la présente police d'assurance collective. **Une photocopie de la présente autorisation ou du présent consentement a la même valeur que l'original.**

Date

A	M	J

 Signature du participant _____ Signature du conjoint _____
 Signature de l'enfant majeur _____