

**À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME**

**Vous utilisez l'Espace client pour effectuer les modifications?** Veuillez conserver ce formulaire dans vos dossiers.

**Vous n'utilisez pas l'Espace client?** Veuillez conserver l'original de ce formulaire dans vos dossiers et soumettre une photocopie à iA Groupe financier par :

**Télécopieur :** 1 888 780-2376

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

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

Nom du titulaire de police \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_  
(employeur/organisation)

N° de compte \_\_\_\_\_ N° de catégorie \_\_\_\_\_ N° de certificat \_\_\_\_\_

N° ou nom d'emplacement (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Nom du participant (tel qu'indiqué dans nos dossiers) \_\_\_\_\_

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. RENSEIGNEMENTS DE BASE**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

**2. CHANGEMENT DE NOM OU D'ADRESSE**

Nouveau prénom \_\_\_\_\_ Nouveau nom \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Nouvelle adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
N° Rue App. Ville Province


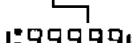
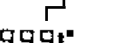

Date d'effet du changement d'adresse (s'il y a lieu) 

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

 Langue :  Français  Anglais

**3. DÉPÔT DIRECT DU REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS MÉDICAUX ET DENTAIRES ET NOTIFICATION DU TRAITEMENT DE VOS RÉCLAMATIONS**

Informations bancaires pour le dépôt direct :

			
1	2	3	4

- 1 Numéro du chèque (n'inscrivez pas ce numéro).
- 2 Numéro de la succursale (5 chiffres).
- 3 Numéro de l'institution financière (3 chiffres).
- 4 Numéro de compte jusqu'à 12 chiffres. Le format peut varier selon l'institution financière. **Indiquez tous les chiffres et seulement les chiffres.**

Courriel pour la notification : \_\_\_\_\_  Personnel  Travail

**⚠ Pour recevoir les notifications, vous devez fournir votre adresse courriel et vos informations bancaires.**

Je ne veux pas recevoir de notification.

Le statut et le détail de vos réclamations de frais médicaux et dentaires sont disponibles en tout temps dans l'Espace client, notre site Web sécurisé.

**Veuillez remplir les 4 pages de ce formulaire et signer la section « DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT ».**

**IMPORTANT** : L'assurance vie de base des personnes à charge sera automatiquement appliquée, dans la mesure où cette protection est prévue à votre régime et que vos personnes à charge (conjoint et enfants) sont admissibles. Cette règle devra être appliquée sans égard à la protection d'assurance santé et dentaire choisie (protection individuelle, familiale, monoparentale, couple ou protection refusée).

**4. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT ET LES ENFANTS À CHARGE (demeurant avec vous ou non)**

	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Si âgé de 21 ans <sup>1</sup> ou plus, préciser :
<input type="checkbox"/> Ajouter conjoint <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Retirer conjoint			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A      M      J 	
<input type="checkbox"/> Ajouter enfant <input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A      M      J 	Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Ajouter enfant <input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A      M      J 	Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<sup>1</sup> L'âge limite peut varier selon votre régime. Pour connaître celui-ci, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.  
<sup>2</sup> Si votre conjoint est un conjoint de fait, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime pour confirmer son admissibilité.

Est-ce que votre conjoint a déjà une protection santé ou dentaire en vertu d'un autre régime collectif?  Oui  Non

Si oui, spécifiez ce qui suit :

Protection santé :  Individuelle  Familiale  Monoparentale  Couple      Date d'effet : 

A	M	J

Protection dentaire :  Individuelle  Familiale  Monoparentale  Couple      Date d'effet : 

A	M	J

Nom de l'assureur \_\_\_\_\_

N° de police \_\_\_\_\_      N° de certificat \_\_\_\_\_

**Si un de vos enfants à charge est couvert par un régime d'assurance collective autre que le vôtre ou celui de votre conjoint, remplissez le tableau suivant :**

Enfant Prénom, nom	Type de régime (ex. : régime scolaire, etc.)	Nom de l'assureur	N° de police

**5. CHANGEMENT DE PROTECTION (des preuves d'assurabilité pourraient être exigées, selon la nature du changement)**

Je veux changer ma protection pour une protection :  Individuelle  Familiale  Monoparentale<sup>1</sup>  Couple<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Choisissez cette protection seulement si elle est offerte dans votre régime. Veuillez noter que si la protection *Monoparentale* ou la protection *Couple* ne sont pas offertes, votre protection par défaut sera la protection *Familiale*.

Je veux changer mon option/module/régime pour (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

**Raison :**

Mariage/union civile – Date 

A	M	J

 Conjoint de fait – Date du début de la cohabitation 

A	M	J

 Divorce/séparation – Date 

A	M	J

 Naissance/adoption d'un premier enfant – Date 

A	M	J

 Nouveau régime d'assurance collective du conjoint – Date du début de la protection 

A	M	J

 Fin du régime d'assurance collective du conjoint – Date de fin 

A	M	J

 Autre \_\_\_\_\_ – Date 

A	M	J

Si vous ou vos personnes à charge **avez déjà les protections santé ou dentaire en vertu d'un autre régime collectif**, vous pouvez les refuser en cochant les cases appropriées ci-dessous.

Pour moi-même et mes personnes à charge :  Je refuse la protection santé  Je refuse la protection dentaire  
 Pour mes personnes à charge seulement :  Je refuse la protection santé  Je refuse la protection dentaire

N. B. : Si vous refusez des protections et désirez y adhérer plus tard, certaines conditions pourront s'appliquer. Informez-vous auprès de l'administrateur de votre régime.



## AVIS DE DIVULGATION

À l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier »), 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 iA Groupe financier.

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 : iA Groupe financier, 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 iA Groupe financier, 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, iA Groupe financier peut fournir à votre employeur ou titulaire de police des statistiques financières ne contenant aucune information nominative.