

**F11**

## **Proposition**

**Alternative**  
Produit temporaire



**Votre partenaire de confiance.**

[inalco.com](http://inalco.com)



F11(15-01)

## PRIMES ET VALEURS GARANTIES POUR 1 000 \$ DE CAPITAL ASSURÉ

Capital assuré disponible : 10 000 \$ à 100 000 \$

Femme									Homme								
Âge	Taux de primes annuel (\$)		Âge	Taux de primes annuel (\$)		Âge	Taux de primes annuel (\$)		Âge	Taux de primes annuel (\$)		Âge	Taux de primes annuel (\$)		Âge	Taux de primes annuel (\$)	
	Non-fumeurs	Fumeurs		Non-fumeurs	Fumeurs		Non-fumeurs	Fumeurs		Non-fumeurs	Fumeurs		Non-fumeurs	Fumeurs		Non-fumeurs	Fumeurs
20	1,82	1,86	37	2,53	4,98	54	10,79	21,79	20	2,58	2,81	37	3,47	6,97	54	16,74	34,86
21	1,83	1,91	38	2,68	5,46	55	11,88	23,60	21	2,59	2,85	38	3,68	7,71	55	18,49	37,98
22	1,84	1,96	39	2,83	5,99	56	13,06	25,56	22	2,60	2,88	39	3,91	8,53	56	20,38	40,93
23	1,86	2,01	40	3,00	6,56	57	14,36	27,68	23	2,61	2,92	40	4,15	9,44	57	22,45	44,10
24	1,87	2,06	41	3,26	7,19	58	15,79	29,98	24	2,62	2,96	41	4,59	10,42	58	24,74	47,52
25	1,88	2,11	42	3,55	7,89	59	17,36	32,47	25	2,63	3,00	42	5,09	11,51	59	27,27	51,21
26	1,90	2,22	43	3,86	8,65	60	19,09	35,17	26	2,66	3,14	43	5,63	12,70	60	30,05	55,18
27	1,92	2,34	44	4,19	9,48	61	21,04	37,77	27	2,68	3,29	44	6,23	14,02	61	32,83	59,13
28	1,94	2,46	45	4,56	10,40	62	23,19	40,56	28	2,71	3,45	45	6,90	15,48	62	35,87	63,37
29	1,96	2,59	46	5,02	11,31	63	25,56	43,55	29	2,73	3,61	46	7,61	17,00	63	39,19	67,91
30	1,98	2,73	47	5,52	12,31	64	28,17	46,77	30	2,76	3,78	47	8,39	18,67	64	42,82	72,78
31	2,03	2,97	48	6,07	13,39	65	31,05	50,22	31	2,82	4,10	48	9,25	20,50	65	46,78	77,99
32	2,09	3,23	49	6,67	14,56	66	33,97	53,89	32	2,88	4,45	49	10,19	22,52	66	50,72	83,24
33	2,14	3,51	50	7,34	15,84	67	37,17	57,82	33	2,95	4,83	50	11,24	24,73	67	54,99	88,85
34	2,20	3,82	51	8,08	17,15	68	40,68	62,05	34	3,01	5,24	51	12,42	26,95	68	59,62	94,84
35	2,26	4,15	52	8,90	18,58	69	44,51	66,58	35	3,08	5,69	52	13,72	29,36	69	64,64	101,23
36	2,39	4,55	53	9,80	20,12	70	48,70	71,44	36	3,27	6,30	53	15,15	31,99	70	70,08	108,05

Ajouter 60 \$ de frais de police.

Pour obtenir la prime pour le paiement par prélèvements automatiques (PAC), multiplier la prime annuelle par 0,09.




ALTERNATIVE | Assurance vie temporaire

**Personne à assurer**

N° de police

**1** Nom et prénom  Nom  Prénom  Initiales

**2** Adresse  N°  Rue  Appartement  Case postale   
 Ville  Province  Code postal

**3** Naissance  Date de naissance  Âge  Sexe  M  F  Nom de famille à la naissance (s'il y a lieu)  Lieu de naissance (pays ou province)  Au Canada depuis quand?  N° d'assurance sociale

**4** Téléphone  N° de téléphone au domicile  N° de téléphone au travail  Poste  Adresse courriel

**5** Bénéficiaire  Nom et prénom  Sexe  M  F  M  F  Date de naissance  %  Lien avec la personne à assurer  Révocable  Irrévocable  Révocable  Irrévocable

**Protection demandée (Un maximum de 150 000 \$ s'applique à l'ensemble des polices Alternative permanente, Alternative temporaire et Perspective d'une même personne assurée auprès du groupe Industrielle Alliance.)**

**1** Assurance temporaire 20 ans  \$ Minimum : 10 000 \$ Maximum : 100 000 \$ (âges : 20 - 70 ans)

**2** Prime Prime totale  \$ Somme versée  \$

Note – Un maximum de 100 000 \$ s'applique à l'ensemble des polices Alternative temporaire souscrites par une même personne assurée auprès du groupe Industrielle Alliance.

Un dépôt est obligatoire.

Mode de paiement  PAC (Remplir la section au verso.)  Annuel

**3** Usage de tabac Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, y compris des produits de tabac ou de nicotine (gomme, timbre (patches), cigarette électronique, etc.)?

Oui → Taux fumeurs  Non → Taux non-fumeurs (Répondre à la question suivante.)

Avez-vous déjà fait usage du tabac?  Oui  Non Si oui, depuis quand avez-vous cessé?

**Contractant (si différent de la personne à assurer)**

**1** Nom et prénom  Nom  Prénom  Initiales

**2** Adresse  N°  Rue  Appartement  Case postale   
 Ville  Province  Code postal

**3** Naissance  Date de naissance  Âge  Sexe  M  F  Lien avec la personne à assurer

**4** Téléphone  N° de téléphone au domicile  N° de téléphone au travail  Poste  Adresse courriel

**5** Propriétaire subrogé

**Représentant**

**1** Nom et prénom  Code  U.S.  Agence  Code

**Instructions spéciales**

## Déclaration d'assurabilité

		Personne à assurer	
		Oui	Non
<b>1 Actuellement, êtes-vous :</b>			
a) Incapable d'effectuer seul au moins une des activités de base de la vie quotidienne telles que se lever, marcher, se laver, se vêtir ou se nourrir?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hospitalisé dans un hôpital, une clinique, un centre de soins prolongés ou résident dans une maison d'hébergement, un centre d'accueil ou un foyer pour personnes en perte d'autonomie physique ou mentale?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Placé sous tutelle ou curatelle?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 Au cours des 3 dernières années</b>			
Avez-vous été opéré ou hospitalisé en raison de, avez-vous reçu des traitements ou vous a-t-on prescrit un ou des médicaments pour l'une ou l'autre des maladies ou l'un ou l'autre des états suivants ou avez-vous eu un diagnostic de :			
a) Angine de poitrine, insuffisance coronarienne, infarctus du myocarde (crise cardiaque) ou insuffisance cardiaque?	d) Maladie respiratoire chronique nécessitant ou ayant nécessité l'administration d'oxygène à l'hôpital ou à la maison?		
b) Angioplastie coronarienne (dilatation) ou pontage coronarien?	e) Cirrhose du foie, insuffisance rénale chronique ou maladie d'Alzheimer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tumeur maligne, cancer, leucémie, lymphome?	f) Remplacement, transplantation ou greffe d'un organe interne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous fait usage de drogues dures telles que l'opium, l'héroïne, la morphine, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les stéroïdes anabolisants autrement que prescrites par un médecin ou de méthadone, prescrite ou non par un médecin?			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3 Avez-vous été informé d'un résultat positif ou êtes-vous porteur ou atteint d'hépatite B, C ou chronique, du VIH (virus du SIDA), du SIDA ou de toute autre maladie liée au SIDA?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4 Êtes-vous en attente d'une investigation à subir, y compris une biopsie, ou de tests diagnostiques à passer en neurologie, en néphrologie, en oncologie ou en cardiologie, ou vous a-t-on recommandé de subir une telle investigation ou de passer de tels tests, recommandation à laquelle vous n'avez pas donné suite?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, vous n'êtes pas admissible à cette assurance.

La compagnie se réserve le droit de faire une évaluation sur d'autres éléments que ceux mentionnés précédemment.

## Signatures

Nous, la personne à assurer et le contractant, déclarons que toutes les réponses et explications données dans cette proposition ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, de même qu'à l'occasion de toute entrevue téléphonique ou autre relative aux déclarations d'assurabilité, sont complètes et véridiques.

Nous convenons que l'assurance prend effet dès l'acceptation par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. de la proposition pour autant que cette dernière ait été acceptée sans modifications, que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité des personnes à assurer depuis la signature de cette proposition. Nous reconnaissons que les déclarations d'assurabilité pourront être faites à l'occasion d'une entrevue téléphonique ou autre, laquelle pourra être enregistrée, et que l'acceptation par l'Industrielle Alliance de la proposition reposera notamment sur ces déclarations.

Nous comprenons que, si le décès de la personne à assurer, autre qu'accidentel, survient pendant les deux premières années du contrat, la prestation de décès versée correspondra au montant équivalant aux primes payées accumulées, plus un intérêt de 5 %.

Nous autorisons tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, toute compagnie d'assurance, MIB Inc., les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation ainsi que tout organisme public détenant des renseignements personnels à notre sujet, notamment des renseignements médicaux, et tout organisme public ou privé détenant des renseignements médicaux ou relatifs à notre santé à fournir ces renseignements à l'Industrielle Alliance et à ses

réassureurs, pour l'évaluation du risque ou l'enquête nécessaire à l'étude de toute demande de règlement.

Nous autorisons également notre assureur, ou ses réassureurs, à échanger avec ses filiales et d'autres assureurs, ou institutions financières, les renseignements personnels obtenus aux fins de l'étude de la présente proposition et à faire enquête auprès d'eux pour l'évaluation du risque ou lors d'une demande de règlement.

Nous autorisons également l'Industrielle Alliance à expédier tout résultat anormal de test à notre médecin personnel. Un bref rapport des renseignements touchant notre assurabilité pourra être transmis à MIB Inc. par l'Industrielle Alliance et ses réassureurs.

En cas de décès ou d'incapacité, le bénéficiaire, l'héritier, le liquidateur de la succession ou le curateur, est expressément autorisé à fournir à l'Industrielle Alliance, sur demande, tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la demande de règlement de décès ou d'invalidité et à l'obtention des justifications requises.

En apposant sa signature ci-dessous, le représentant confirme qu'il a fourni au contractant un avis de divulgation qui l'informe de la ou des compagnies qu'il représente et de son lien avec ces compagnies, qu'il reçoit une rémunération (une commission) pour la vente de ce produit d'assurance et qu'il peut recevoir d'autres formes de rémunération comme des bonis, des invitations à des conférences ou d'autres incitatifs et l'avise de tout intérêt financier qu'il peut avoir en regard de la présente transaction.

**Une photocopie de la présente autorisation ou du présent consentement a la même valeur que l'original.**

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Personne à assurer

X

Contractant

X

Représentant

X

## Entente de prélèvements autorisés par chèque (PAC)

Dans la présente entente de PAC, « je » se rapporte à chaque titulaire du compte, qui déclare en ce qui le concerne.

- J'autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la Compagnie) et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je peux autoriser en tout temps) à commencer à effectuer des déductions conformément à mes directives au titre des versements périodiques réguliers et des versements ponctuels occasionnels, le cas échéant, pour le paiement de toutes les primes, de tous les dépôts, de tous les versements et de tous les frais découlant du contrat mentionné aux présentes. Les versements réguliers seront prélevés du compte que j'ai indiqué, à la date et à la fréquence que j'ai choisies, tandis que les versements ponctuels occasionnels pourront être prélevés de mon compte à toute autre date.
- Je conviens que, aux fins de la présente entente de PAC, tous les PAC de mon compte seront traités comme des PAC personnels à moins d'avis contraire de ma part.
- **Je renonce au droit de recevoir un préavis m'informant d'une hausse ou d'une baisse du montant à être débité ou d'une modification de la date ou de la fréquence des versements.**
- Je reconnais que la Compagnie n'est pas tenue de me transmettre un avis écrit si un changement au montant du PAC est effectué à ma demande.
- Si un PAC est refusé pour quelque raison que ce soit, notamment pour provision insuffisante (NSF), opposition au paiement ou fermeture de compte, la Compagnie est autorisée à présenter le paiement de nouveau. **Les frais assumés par la Compagnie en raison d'un PAC refusé seront ajoutés au PAC suivant.**
- Je peux annuler ou modifier la présente entente de PAC en tout temps, sous réserve d'un avis écrit à la Compagnie de trente (30) jours. Pour obtenir un formulaire d'annulation ou d'autres renseignements sur mon droit d'annulation de l'entente de PAC, je devrai communiquer avec mon institution financière ou visiter le site [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca) concernant la Règle H1 – Débits autorisés (DPA).
- Toute annulation de la présente entente de PAC n'aura aucun effet sur mon ou mes contrats d'assurance ou de services financiers du moment que le paiement est effectué d'une autre façon.
- **La Compagnie ne peut céder la présente entente de PAC sans m'avoir fourni, à tout moment avant le prochain PAC, un avis écrit de la cession.**
- J'ai certains droits de recours si des PAC ne sont pas conformes à la présente entente de PAC. Par exemple, j'ai le droit d'obtenir le remboursement des PAC qui ne sont pas autorisés aux termes de la présente entente de PAC ou ne sont pas conformes à celle-ci. Pour obtenir des renseignements supplémentaires relativement à mes droits de recours, je devrai communiquer avec mon institution financière ou visiter le site [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

## Renseignements généraux

### 1 Participez-vous déjà au mode PAC?

Non → (Remplir les points 3 et 4 et signer.)  Oui → (Remplir les points 2 et 4 et signer.)

### 2 Les primes doivent être perçues dans le même compte bancaire que celui utilisé pour la police suivante :



Les signataires autorisés doivent toujours être les mêmes que ceux qui ont autorisé la transaction originale pour laquelle un numéro d'autorisation a été attribué.

### 3 Renseignements bancaires – Joindre un spécimen de chèque personnalisé; si aucun spécimen de chèque n'est joint, veuillez fournir les renseignements bancaires demandés.

Nom de l'institution financière :

Nom du ou des titulaires du compte :

	n° succursale		n° institution		n° compte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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. Le format peut varier selon l'institution financière. Indiquer tous les chiffres et seulement les chiffres.

## Renseignements généraux (Suite)

### 4 Entente de prélèvement : Variable

Catégorie de PAC :  Personnel  Entreprise (Si aucune case n'est cochée, la catégorie de PAC sera considérée comme étant « Personnel ».)

Jour du prélèvement :  Jour : \_\_\_\_\_ (du 1<sup>er</sup> au 28)

Même que celui du PAC existant

Jour d'émission

### La signature du ou des titulaires du compte bancaire et/ou du ou des propriétaires de la police est requise.

! → Pour un compte conjoint, tous les signataires requis doivent signer la présente entente de PAC.

→ Pour une entreprise, le formulaire doit être signé par une personne autorisée.

Veillez joindre une copie de la résolution de l'entreprise désignant les signataires autorisés.

Date : 

A	A	A	A	M	M	J	J

 Signature du titulaire du compte  Signature des autres titulaires du compte (s'il y a lieu)

Je confirme que j'ai toutes les autorisations nécessaires de la part du titulaire du compte bancaire (si autre que moi-même) afin que l'Industrielle Alliance puisse percevoir les primes dans ce compte bancaire.

Date : 

A	A	A	A	M	M	J	J

 Signature du propriétaire  Signature des autres propriétaires (s'il y a lieu)

Spécimen

### Coordonnées – centres de services :

**Québec :** Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., Service aux assurés  
1080, Grande Allée Ouest, C. P. 1907, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 7M3  
Téléphone : 418 684-5000, sans frais : 1 800 463-6236, télécopieur : 418 684-5208, courriel : clientele@inalco.com

**Toronto :** Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., Centre de services de Toronto, Service aux assurés  
522, avenue University, bureau 400, Toronto (Ontario) M5G 1Y7  
Téléphone : 416 585-8862, sans frais : 1 800 242-9751, télécopieur : 1 877 780-7231, courriel : iat-transactions-life@inalco.com

**Vancouver :** Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., Centre de services de Vancouver, Service aux assurés  
2165, Broadway Ouest, C. P. 5900, Vancouver (Colombie-Britannique) V6B 5H6  
Téléphone : 604 737-9384, sans frais : 1 800 363-2166, télécopieur : 604 739-0534, courriel : iav-client@inalco.com

## Préavis du MIB inc.

Les renseignements touchant votre assurabilité seront considérés comme confidentiels. Cependant, l'Industrielle Alliance et ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport au MIB inc., 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 lui demandez des prestations ou des indemnités, le Bureau fournira à cette 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 sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pourrez demander une rectification. Voici l'adresse du Bureau : Bureau de renseignements médicaux, 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7; téléphone : 1 866 692-6901; [www.mib.com](http://www.mib.com).

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 auriez demandé des prestations ou des indemnités.

## Avis

Un représentant d'une compagnie d'enquête pourra communiquer avec vous afin d'obtenir des renseignements d'ordre personnel et financier. Un médecin ou le personnel d'un organisme paramédical ou d'une clinique pourra vous faire subir un examen médical et/ou un prélèvement sanguin ou d'urine. Avant d'effectuer un prélèvement, votre consentement écrit sera exigé.

## Avis de divulgation

L'opération à laquelle s'applique la présente demande concerne le contractant et l'Industrielle Alliance. Le représentant autorisé qui soumet la présente demande est un représentant de l'Industrielle Alliance qui recevra une rémunération de l'Industrielle Alliance lorsque l'opération sera complétée.

La présente demande ne comporte aucune condition qui oblige le contractant à traiter d'autres affaires avec le représentant, l'Industrielle Alliance ou quelque autre organisation.

## Constitution d'un dossier et protection des renseignements personnels

Dans le but de pouvoir vous offrir des produits d'assurance, de rentes, de crédit ou d'autres services complémentaires qui pourraient répondre à vos besoins, l'Industrielle Alliance constituera un dossier dans lequel seront consignés les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Ce dossier sera tenu confidentiel et sera gardé dans les bureaux de l'Industrielle Alliance. Seuls les employés ou les représentants qui en auront besoin pour accomplir leur travail y auront accès. Vous aurez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante :

L'Industrielle Alliance peut se constituer une liste de ses clients, pour sa propre utilisation ou celle des compagnies de son groupe, à des fins de prospection commerciale. Vous avez cependant le droit d'en faire rayer votre nom en faisant parvenir une demande écrite à cet effet au responsable de l'accès à l'information à l'adresse donnée ci-dessus.

### **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**