

F8

Proposition



F8(15-10)

Assurance vie

Pour les personnes
âgées de 35 à 75 ans

**Cette page
est laissée
en blanc
intentionnellement.**

PERSPECTIVE › Capital nivelé



Prime par 1 000 \$ d'assurance de base (Minimum 5 000 \$; maximum 50 000 \$)* Ajouter les frais annuels de police (60 \$ pour la personne à assurer; 30 \$ pour le conjoint).					Valeur de rachat par 1 000 \$ d'assurance (\$)			Assurance libérée par 1 000 \$ d'assurance (\$)					
Âge au plus proche anniversaire	Homme Prime annuelle		Femme Prime annuelle		Homme et femme			Homme			Femme		
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Après 3 ans	Après 10 ans	Après 20 ans	Après 3 ans	Après 10 ans	Après 20 ans	Après 3 ans	Après 10 ans	Après 20 ans
35	12,23	16,67	10,90	13,21	7	14	40	25	41	88	29	47	100
36	12,90	17,65	11,40	13,82	8	15	42	27	42	90	31	49	102
37	13,61	18,68	11,92	14,45	8	16	45	27	44	94	31	50	106
38	14,35	19,77	12,46	15,12	9	18	48	30	48	97	34	55	110
39	15,14	20,93	13,03	15,81	10	19	51	31	49	101	35	56	114
40	15,97	22,16	13,63	16,54	10	20	54	31	50	104	35	57	117
41	16,80	23,46	14,34	17,53	11	21	57	33	51	107	38	59	121
42	17,67	24,84	15,09	18,59	12	23	60	35	55	110	40	62	124
43	18,58	26,30	15,88	19,71	13	24	63	37	55	113	42	63	127
44	19,55	27,84	16,71	20,89	14	26	67	37	58	117	43	67	131
45	20,56	29,48	17,58	22,15	14	28	70	37	61	120	43	70	134
46	21,44	30,88	17,94	23,17	15	29	74	39	62	124	44	70	138
47	22,36	32,34	18,30	24,25	17	31	78	43	64	128	49	73	142
48	23,32	33,88	18,67	25,37	18	33	82	44	67	132	50	76	146
49	24,33	35,49	19,05	26,54	19	35	86	45	69	135	51	78	149
50	25,37	37,17	19,44	27,77	20	37	90	46	71	139	53	80	153
51	26,56	39,53	20,11	29,09	25	45	106	56	85	160	64	95	176
52	27,80	42,03	20,81	30,48	30	53	122	66	97	181	75	109	198
53	29,11	44,70	21,53	31,93	35	62	138	75	111	201	85	125	220
54	30,47	47,54	22,27	33,46	40	70	154	83	123	221	94	137	240
55	31,90	50,55	23,04	35,05	45	78	170	91	134	239	103	149	260
56	33,62	53,77	24,82	37,07	50	86	186	99	144	258	112	161	279
57	35,43	57,19	26,74	39,21	55	94	202	106	154	275	120	171	297
58	37,34	60,83	28,81	41,46	60	102	218	113	164	293	127	182	314
59	39,35	64,70	31,03	43,85	65	110	234	119	173	310	134	191	331
60	41,47	68,82	33,43	46,38	70	118	250	126	182	326	141	201	348
61	44,41	72,83	35,44	49,36	75	128	273	131	194	351	147	213	373
62	47,55	77,06	37,58	52,54	80	137	297	137	203	377	153	223	399
63	50,92	81,55	39,84	55,92	85	147	320	142	214	401	159	234	423
64	54,53	86,30	42,24	59,52	90	156	344	148	223	426	164	243	448
65	58,39	91,32	44,78	63,35	95	166	367	153	234	449	169	254	471
66	62,71	97,72	47,69	67,50	100	175	390	157	242	472	174	262	493
67	67,34	104,57	50,78	71,92	105	185	413	162	252	494	178	272	515
68	72,32	111,91	54,08	76,64	110	194	437	166	260	517	183	280	537
69	77,66	119,75	57,59	81,66	115	204	460	171	270	539	187	289	558
70	83,40	128,15	61,33	87,01	120	213	483	175	278	561	191	296	578
71	90,06	136,54	65,99	93,08	124	221	506	178	284	582	193	302	598
72	97,25	145,47	71,01	99,57	128	230	530	180	292	604	195	309	618
73	105,01	155,00	76,41	106,51	132	238	553	183	298	624	198	315	637
74	113,39	165,14	82,22	113,94	136	247	577	185	306	645	200	322	655
75	122,44	175,95	88,47	121,88	140	255	600	188	312	663	202	327	672

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

* Note – Un assuré peut détenir plus d'une police Perspective, à condition que le capital assuré total de toutes les polices Perspective établies sur sa vie n'excède pas 50 000 \$.

PERSPECTIVE › Capital indexé

Les valeurs affichées tiennent compte de l'indexation du capital assuré.



Prime par 1 000 \$ d'assurance de base (Minimum 5 000 \$; maximum 50 000 \$)* Ajouter les frais annuels de police (60 \$ pour la personne à assurer; 30 \$ pour le conjoint).					Valeur de rachat par 1 000 \$ d'assurance (\$)			Assurance libérée par 1 000 \$ d'assurance (\$)					
Âge au plus proche anniversaire	Homme Prime annuelle		Femme Prime annuelle		Homme et femme			Homme			Femme		
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Après 3 ans	Après 10 ans	Après 20 ans	Après 3 ans	Après 10 ans	Après 20 ans	Après 3 ans	Après 10 ans	Après 20 ans
35	17,55	25,17	15,11	19,91	8	19	72	29	56	158	33	64	180
36	18,47	26,44	15,80	20,83	9	20	76	31	57	163	35	65	185
37	19,44	27,78	16,52	21,80	9	22	81	31	61	169	35	69	191
38	20,46	29,18	17,28	22,81	10	24	87	33	64	177	38	73	200
39	21,54	30,65	18,07	23,87	11	26	92	34	68	182	39	77	206
40	22,67	32,20	18,89	24,98	11	27	98	34	68	189	39	78	214
41	23,81	33,85	19,92	26,32	12	28	103	36	69	194	41	78	219
42	25,02	35,58	21,00	27,73	13	31	108	38	74	199	43	84	223
43	26,28	37,40	22,14	29,21	14	32	114	40	74	205	45	84	230
44	27,61	39,32	23,34	30,78	15	35	121	40	79	212	46	90	238
45	29,00	41,33	24,61	32,43	15	38	126	40	83	216	46	95	241
46	30,49	43,46	25,56	34,03	16	39	134	41	83	225	47	95	250
47	32,05	45,71	26,55	35,71	19	42	141	48	87	232	55	99	257
48	33,69	48,07	27,58	37,48	20	44	148	49	89	238	56	101	264
49	35,42	50,55	28,64	39,33	21	47	155	50	93	244	57	105	270
50	37,23	53,16	29,75	41,27	22	50	163	51	96	252	58	109	277
51	39,29	56,06	31,62	43,34	27	60	191	61	113	289	69	127	318
52	41,47	59,12	33,61	45,51	33	71	220	72	130	327	82	147	358
53	43,77	62,35	35,72	47,80	38	83	249	81	149	363	92	167	397
54	46,20	65,75	37,96	50,19	44	94	278	92	165	399	104	184	434
55	48,76	69,34	40,35	52,71	49	105	307	99	180	433	112	201	469
56	51,39	73,05	42,26	55,51	55	116	336	109	195	466	123	217	504
57	54,15	76,97	44,26	58,46	60	126	365	116	207	498	131	230	537
58	57,07	81,09	46,36	61,57	66	137	394	124	220	529	140	244	569
59	60,14	85,43	48,55	64,84	71	148	423	130	233	560	147	258	599
60	63,38	90,01	50,85	68,29	76	159	452	136	245	590	153	270	629
61	66,91	95,03	53,62	71,82	82	172	493	144	260	634	161	286	675
62	70,64	100,32	56,53	75,54	87	184	536	149	273	681	166	299	721
63	74,57	105,91	59,61	79,44	93	198	578	156	289	725	174	315	765
64	78,73	111,81	62,85	83,55	98	210	621	161	301	769	179	328	809
65	83,11	118,04	66,27	87,87	104	223	663	167	314	811	185	341	851
66	89,10	125,93	69,97	92,55	109	235	704	172	326	852	190	352	891
67	95,53	134,34	73,87	97,48	115	249	746	177	340	893	195	366	930
68	102,41	143,32	77,99	102,67	120	261	789	182	351	935	199	376	970
69	109,79	152,89	82,34	108,13	126	274	831	187	363	974	205	388	1 008
70	117,71	163,11	86,93	113,89	131	286	872	191	373	1 013	209	398	1 044
71	126,40	173,10	92,85	120,48	135	297	914	193	382	1 051	210	406	1 080
72	135,73	183,71	99,16	127,46	140	309	957	197	392	1 090	214	416	1 117
73	145,75	194,97	105,91	134,84	144	320	999	199	401	1 127	216	423	1 151
74	156,51	206,91	113,12	142,65	149	332	1 042	203	411	1 164	219	432	1 184
75	168,06	219,59	120,82	150,91	153	343	1 084	205	420	1 199	220	440	1 215

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

* Note – Un assuré peut détenir plus d'une police Perspective, à condition que le capital assuré total de toutes les polices Perspective établies sur sa vie n'exécède pas 50 000 \$.

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

Personne à assurer _____ \$ (minimum 5 000 \$; maximum 50 000 \$*)
 Capital nivelé Capital indexé (3 %)
Si aucune indication n'est fournie, le capital sera nivelé.

Conjoint _____ \$ (minimum 5 000 \$; maximum 50 000 \$*)
 Capital nivelé Capital indexé (3 %)
Si aucune indication n'est fournie, le capital sera nivelé.

* Un assuré peut détenir plus d'une police Perspective, à condition que le capital assuré total de toutes les polices Perspective établies sur sa vie n'excède pas 50 000 \$.

Usage de tabac

Personne à assurer Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait usage de tabac ou de cannabis sous quelque forme que ce soit, incluant les produits du tabac ou de nicotine (gomme, timbres (*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?

A	A	A	A	M	M

Conjoint Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait usage de tabac ou de cannabis sous quelque forme que ce soit, incluant les produits du tabac ou de nicotine (gomme, timbres (*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?

A	A	A	A	M	M

Remplacement

Est-ce que l'assurance demandée remplacera une autre police d'assurance vie? Oui Non

Si oui, nom de la compagnie : _____

Facturation

Prime totale _____ \$
Somme versée _____ \$

Un dépôt est obligatoire.

Mode de paiement

- PAC (Remplir l'entente de prélèvements autorisés par chèque (PAC).)
 ANNUEL

Représentant

Nom et prénom _____ Code _____ U.S. _____ % _____
Agence _____ Code _____
N° de téléphone _____ Poste _____ N° de cellulaire _____ Représentant de service
Courriel _____

Nom et prénom _____ Code _____ U.S. _____ % _____
Agence _____ Code _____
N° de téléphone _____ Poste _____ N° de cellulaire _____ Représentant de service
Courriel _____

Police pour les représentants (conjoint(e) et enfants)

Instructions spéciales

Déclaration d'assurabilité

	Personne à assurer		Conjoint	
	Oui	Non	Oui	Non
1 Antécédents d'assurance :				
a) Au cours des deux dernières années, une demande d'assurance vie vous a-t-elle été refusée ou a-t-elle été reportée par une compagnie, y compris par l'Industrielle Alliance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous soumis une proposition d'assurance vie à l'Industrielle Alliance ou à une autre compagnie d'assurance, à l'exception d'une proposition pour le produit Alternative de l'Industrielle Alliance, et ce, en même temps que la présente proposition? OU Avez-vous une demande d'assurance vie en cours d'évaluation auprès de l'Industrielle Alliance ou auprès de toute autre compagnie d'assurance, à l'exception d'une demande pour le produit Alternative de l'Industrielle Alliance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous l'intention de soumettre une demande à l'Industrielle Alliance pour un autre produit d'assurance vie au cours des douze prochains mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Actuellement êtes-vous dans l'un ou l'autre des états suivants :				
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Aux prises avec des problèmes d'incontinence;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Inapte au travail pour raison de maladie depuis plus d'un an ou à la retraite pour raison de maladie;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Placé sous tutelle ou curatelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 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?				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Au cours des deux dernières années :				
Avez-vous été opéré ou hospitalisé, avez-vous reçu des traitements, vous a-t-on prescrit un examen de contrôle ou une médication pour l'une ou l'autre des maladies ou l'un ou l'autre des états suivants ou avez-vous reçu un diagnostic de :				
a) angine de poitrine ou insuffisance coronarienne;				
b) accident vasculaire cérébral;				
c) cirrhose du foie;				
d) insuffisance rénale chronique;				
e) maladie d'Alzheimer;				
f) diabète exigeant un traitement à l'insuline, à l'occasion ou de façon continue;				
g) infarctus (crise cardiaque) ou insuffisance cardiaque;				
h) dilatation ou pontage coronarien;				
i) maladie respiratoire chronique ayant nécessité l'administration d'oxygène à l'hôpital ou à la maison?				
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Au cours des cinq dernières années :				
a) Avez-vous été opéré, été hospitalisé ou vous a-t-on prescrit un ou des médicaments ou vous a-t-on recommandé des examens de contrôle pour l'un ou l'autre des maladies ou des états suivants ou avez-vous reçu un diagnostic de :				
- tumeur maligne, cancer, leucémie, lymphome;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toxicomanie ou alcoolisme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous subi une des interventions chirurgicales suivantes : remplacement, transplantation ou greffe d'un organe interne?				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Au cours de votre vie :				
Le résultat d'un test s'est-il révélé positif ou a-t-il montré la présence de l'une ou l'autre des maladies suivantes ou avez-vous consulté un médecin ou vous a-t-on prescrit un ou des médicaments pour l'une ou l'autre des maladies suivantes :				
a) VIH (virus du SIDA), SIDA ou autre maladie liée au SIDA;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Toute autre maladie du système immunitaire;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hépatite B, C ou chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 et autorisation

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 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 _____ Contractant _____ Représentant _____

Conjoint _____

**Cette page
est laissée
en blanc
intentionnellement.**

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 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.

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.)

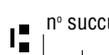
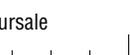
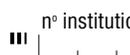
2 Les primes doivent être perçues dans le même compte bancaire que celui utilisé pour la police suivante :

 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	
						
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^{er} 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.

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

Date :

A	A	A	A	M	M	J	J

X

Signature du titulaire du compte

X

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

X

Signature du propriétaire

X

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 : 1 844 442-4636, télécopieur : 418 684-5208, courriel : clientele@ia.ca

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 : 1 844 442-4636, télécopieur : 1 877 780-7231, courriel : iat-transactions-life@ia.ca

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 : 1 844 442-4636, télécopieur : 604 739-0534, courriel : iav-client@ia.ca

Préavis de MIB, Inc.

Les renseignements touchant votre assurabilité seront considérés comme confidentiels. Cependant, l'Industrielle Alliance et ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport à 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 MIB, Inc., ou si vous lui demandez des prestations ou des indemnités, le MIB, Inc. fournira à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous.

Sur réception d'une demande de votre part, le MIB, Inc. prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB, Inc., vous pourrez demander une rectification. Voici l'adresse du MIB : MIB, Inc., 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) Canada M5G 1R7; téléphone : 1 866 692-6901; 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 :

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'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.



F8

Proposition

À propos de iA Groupe financier

iA Groupe financier est une marque de commerce de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. sous laquelle celle-ci exerce ses activités au Canada et aux États-Unis. Fondé en 1892, iA Groupe financier offre des produits d'assurance vie et maladie, des fonds communs de placement et des fonds distincts, des régimes d'épargne et de retraite, des valeurs mobilières, de l'assurance auto et habitation, des prêts hypothécaires et des prêts autos ainsi que d'autres produits et services financiers destinés aux particuliers de même qu'aux entreprises et aux groupes. iA Groupe financier compte parmi les quatre sociétés d'assurance de personnes les plus importantes au Canada et parmi les plus grandes sociétés publiques au pays. Son titre est inscrit à la Bourse de Toronto, sous le symbole IAG.

Coordonnées et information pour les centres de services :

Québec :

Industrielle Alliance,
Assurance et services financiers inc.
Siège social

Service aux assurés
1080, Grande Allée Ouest
C. P. 1907, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 7M3

Télécopieur : 418 684-5208
Courriel : clientele@ia.ca

Sans frais : 1 844 4 iA-INFO
4 4 2-4 6 3 6

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

Télécopieur : 416 204-4777
Courriel : iat-inquiries-life@ia.ca

Sans frais : 1 844 4 iA-INFO
4 4 2-4 6 3 6

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

Télécopieur : 604 739-0534
Courriel : iav-client@ia.ca

Sans frais : 1 844 4 iA-INFO
4 4 2-4 6 3 6

ON S'INVESTIT, POUR VOUS.