

3. CHANGEMENT DES GARANTIES

	ENSEIGNANT À TEMPS PLEIN	ENSEIGNANT À TEMPS PARTIEL
Assurance maladie • 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"/> Type de protection pour personnes à charge <input type="checkbox"/> Médicaments seulement <input type="checkbox"/> Complète
<input type="checkbox"/> Exemption – 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 type="text"/> Assureur <input type="text"/> N° de police <input type="text"/>		
Assurance vie de base du participant (facultative) <input type="checkbox"/> Aucune, ou choisir de 1 à 6 unités de 25 000 \$	<input type="checkbox"/> Ajout _____ unités <input type="checkbox"/> Retrait _____ unités	<input type="checkbox"/> Ajout _____ unités <input type="checkbox"/> Retrait _____ unités
Assurance vie additionnelle du participant (facultative) <input type="checkbox"/> Aucune, ou choisir de 1 à 4 unités de 25 000 \$ * Note – Vous devez choisir 6 unités d'assurance vie de base pour être admissible à l'assurance vie additionnelle.	<input type="checkbox"/> Ajout _____ unités* <input type="checkbox"/> Retrait _____ unités	<input type="checkbox"/> Ajout _____ unités* <input type="checkbox"/> Retrait _____ unités
Assurance vie des personnes à charge (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"/>
Assurance salaire de longue durée (facultative pour les employés à temps partiel)	<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Exemption**	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
** Exemption assurance salaire de longue durée (temps plein seulement) Date d'entrée en vigueur de l'exemption <input type="text"/> A <input type="text"/> M <input type="text"/> J <input type="text"/> Raison <input type="text"/>		

DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

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 au régime d'assurance collective de mon employeur ou du titulaire de police dans la mesure où de l'information les concernant est fournie ou modifiée.

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 sein du 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.