

Remplir à l'encre en caractères d'imprimerie et signer.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

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

2. NOUVELLE DEMANDE OU MODIFICATION D'ACCÈS (Pour des demandes d'accès supplémentaires, veuillez remplir l'annexe aux pages 3 et 4)

| | | |
|--|---|---|
| Information sur l'administrateur (Tous les champs <u>DOIVENT ÊTRE</u> remplis.) Nom _____ Prénom _____ Adresse de l'organisation _____ <small>Numéro, rue, bureau</small> _____ <small>Ville (province) code postal</small> Courriel _____ Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais | Type d'accès <input type="checkbox"/> Toutes les transactions <input type="checkbox"/> Visualisation <input type="checkbox"/> Facture seulement | Comptes <input type="checkbox"/> Tous les comptes <input type="checkbox"/> Comptes spécifiques : _____ _____ |
| Information sur l'administrateur (Tous les champs <u>DOIVENT ÊTRE</u> remplis.) Nom _____ Prénom _____ Adresse de l'organisation _____ <small>Numéro, rue, bureau</small> _____ <small>Ville (province) code postal</small> Courriel _____ Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais | Type d'accès <input type="checkbox"/> Toutes les transactions <input type="checkbox"/> Visualisation <input type="checkbox"/> Facture seulement | Comptes <input type="checkbox"/> Tous les comptes <input type="checkbox"/> Comptes spécifiques : _____ _____ |
| Information sur l'administrateur (Tous les champs <u>DOIVENT ÊTRE</u> remplis.) Nom _____ Prénom _____ Adresse de l'organisation _____ <small>Numéro, rue, bureau</small> _____ <small>Ville (province) code postal</small> Courriel _____ Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais | Type d'accès <input type="checkbox"/> Toutes les transactions <input type="checkbox"/> Visualisation <input type="checkbox"/> Facture seulement | Comptes <input type="checkbox"/> Tous les comptes <input type="checkbox"/> Comptes spécifiques : _____ _____ |
| Information sur l'administrateur (Tous les champs <u>DOIVENT ÊTRE</u> remplis.) Nom _____ Prénom _____ Adresse de l'organisation _____ <small>Numéro, rue, bureau</small> _____ <small>Ville (province) code postal</small> Courriel _____ Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais | Type d'accès <input type="checkbox"/> Toutes les transactions <input type="checkbox"/> Visualisation <input type="checkbox"/> Facture seulement | Comptes <input type="checkbox"/> Tous les comptes <input type="checkbox"/> Comptes spécifiques : _____ _____ |

Vous devez lire et remplir la page au verso et signer la section « CONDITIONS D'UTILISATION DU TITULAIRE DE POLICE ».

3. SUPPRESSION D'ACCÈS

| Nom des administrateurs dont l'accès doit être supprimé | | Date d'effet | | |
|---|--------|--------------|---|---|
| Nom | Prénom | A | M | J |
| _____ | _____ | | | |
| Nom | Prénom | A | M | J |
| _____ | _____ | | | |
| Nom | Prénom | A | M | J |
| _____ | _____ | | | |

4. CONDITIONS D'UTILISATION DE L'ADMINISTRATEUR

L'administrateur **ACCEPTE** d'utiliser l'Espace client uniquement afin d'administrer le régime de son compte ou de son groupe, conformément au type d'accès qui lui a été accordé par le titulaire de police.

L'administrateur **COMPREND** que l'utilisation de son code d'accès et de son mot de passe a la même valeur que sa signature et qu'il doit s'assurer que cette information demeure confidentielle en tout temps.

L'administrateur **COMPREND** que pour une question de sécurité et de confidentialité des données, il est interdit de partager des codes d'accès ou d'utiliser ceux d'autrui pour se connecter à l'Espace client.

L'administrateur **ACCEPTE** de préserver et de protéger le caractère confidentiel et privé de l'information personnelle sur les participants contenue dans l'Espace client, conformément aux lois provinciales et fédérales et à leurs règlements.

Si l'administrateur effectue des transactions à partir de l'Espace client, il **ACCEPTE** d'administrer le régime conformément aux conditions générales du contrat d'assurance collective.

L'administrateur **COMPREND** que son accès à l'Espace client peut être supprimé en tout temps, sans préavis.

5. CONDITIONS D'UTILISATION DU TITULAIRE DE POLICE

À titre de signataire autorisé, **J'AUTORISE**, par la présente, le ou les administrateurs nommés à la section 2 « Nouvelle demande ou modification d'accès » et, s'il y a lieu, à la section « Annexe – Demande d'accès supplémentaires » aux pages 3 et 4, à accéder à l'Espace client à des fins administratives seulement et conformément au type d'accès qui leur a été accordé.

J'ACCEPTE d'être tenu entièrement responsable de toute mauvaise utilisation de l'information contenue dans l'Espace client qui résulterait des accès accordés dans la présente.

JE CONFIRME que le ou les administrateurs ont lu et accepté les « Conditions d'utilisation de l'administrateur » ci-dessus.

JE RECONNAIS et **JE COMPRENDS** que l'Espace client est la propriété unique et exclusive de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la Société) et que celui-ci ne peut être copié, téléchargé ou transmis à d'autres fins que celles indiquées par la Société ou transmis à un tiers sans avoir obtenu, au préalable, le consentement écrit de la Société.

J'ACCEPTE de supprimer le droit d'accès à l'Espace client d'un administrateur lorsque ce dernier quitte l'organisation.

JE COMPRENDS que la Société peut retirer à un administrateur son droit d'accès à l'Espace client en tout temps.

J'ACCEPTE qu'une photocopie de ma signature ait la même valeur que l'originale.

Nom _____ Prénom _____
Écrire en caractères d'imprimerie. Écrire en caractères d'imprimerie.

Signature _____ Date

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

Téléphone _____ Courriel _____

OÙ SOUMETTRE LE FORMULAIRE DUMENT REMPLI?

Courriel : assurancecollective@ia.ca

Télécopieur : 1 877 392-6487

Courrier : Québec

C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

Toutes les autres provinces

522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

ANNEXE – DEMANDE D'ACCÈS SUPPLÉMENTAIRES

| | | |
|---|--|---|
| <p>Information sur l'administrateur (Tous les champs <u>DOIVENT ÊTRE</u> remplis.)</p> <p>Nom _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse de l'organisation _____ <small>Numéro, rue, bureau</small></p> <p>_____</p> <p><small>Ville (province) code postal</small></p> <p>Courriel _____ Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais</p> | <p>Type d'accès</p> <p><input type="checkbox"/> Toutes les transactions</p> <p><input type="checkbox"/> Visualisation</p> <p><input type="checkbox"/> Facture seulement</p> | <p>Comptes</p> <p><input type="checkbox"/> Tous les comptes</p> <p><input type="checkbox"/> Comptes spécifiques : _____</p> <p>_____</p> |
| <p>Information sur l'administrateur (Tous les champs <u>DOIVENT ÊTRE</u> remplis.)</p> <p>Nom _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse de l'organisation _____ <small>Numéro, rue, bureau</small></p> <p>_____</p> <p><small>Ville (province) code postal</small></p> <p>Courriel _____ Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais</p> | <p>Type d'accès</p> <p><input type="checkbox"/> Toutes les transactions</p> <p><input type="checkbox"/> Visualisation</p> <p><input type="checkbox"/> Facture seulement</p> | <p>Comptes</p> <p><input type="checkbox"/> Tous les comptes</p> <p><input type="checkbox"/> Comptes spécifiques : _____</p> <p>_____</p> |
| <p>Information sur l'administrateur (Tous les champs <u>DOIVENT ÊTRE</u> remplis.)</p> <p>Nom _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse de l'organisation _____ <small>Numéro, rue, bureau</small></p> <p>_____</p> <p><small>Ville (province) code postal</small></p> <p>Courriel _____ Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais</p> | <p>Type d'accès</p> <p><input type="checkbox"/> Toutes les transactions</p> <p><input type="checkbox"/> Visualisation</p> <p><input type="checkbox"/> Facture seulement</p> | <p>Comptes</p> <p><input type="checkbox"/> Tous les comptes</p> <p><input type="checkbox"/> Comptes spécifiques : _____</p> <p>_____</p> |
| <p>Information sur l'administrateur (Tous les champs <u>DOIVENT ÊTRE</u> remplis.)</p> <p>Nom _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse de l'organisation _____ <small>Numéro, rue, bureau</small></p> <p>_____</p> <p><small>Ville (province) code postal</small></p> <p>Courriel _____ Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais</p> | <p>Type d'accès</p> <p><input type="checkbox"/> Toutes les transactions</p> <p><input type="checkbox"/> Visualisation</p> <p><input type="checkbox"/> Facture seulement</p> | <p>Comptes</p> <p><input type="checkbox"/> Tous les comptes</p> <p><input type="checkbox"/> Comptes spécifiques : _____</p> <p>_____</p> |
| <p>Information sur l'administrateur (Tous les champs <u>DOIVENT ÊTRE</u> remplis.)</p> <p>Nom _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse de l'organisation _____ <small>Numéro, rue, bureau</small></p> <p>_____</p> <p><small>Ville (province) code postal</small></p> <p>Courriel _____ Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais</p> | <p>Type d'accès</p> <p><input type="checkbox"/> Toutes les transactions</p> <p><input type="checkbox"/> Visualisation</p> <p><input type="checkbox"/> Facture seulement</p> | <p>Comptes</p> <p><input type="checkbox"/> Tous les comptes</p> <p><input type="checkbox"/> Comptes spécifiques : _____</p> <p>_____</p> |