

FORMULAIRE D'INSCRIPTION ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE DE BASE

Titulaire de la police	N° de police collective
Nom de la division	N° de division

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

Nom de famille	Prénom	Initiales	
Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	Date de naissance (jj-mmm-aaaa)	Province de résidence	Profession
Date de début de l'emploi (jj-mmm-aaaa)	Classification d'emploi <input type="radio"/> Temps plein <input type="radio"/> Temps partiel <input type="radio"/> Autre	Si « autre », veuillez décrire ci-dessous :	

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

Montant d'assurance	Renoncer à la période d'attente <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si « oui », veuillez fournir la date de prise d'effet désirée (jj-mmm-aaaa)
Commentaires		

REMPLE PAR

Remarque : Les formulaires d'inscriptions doivent être remplis et reçus par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité afin d'éviter de fournir des preuves d'assurabilité.

Nom de l'administrateur	Date (jj-mmm-aaaa)
-------------------------	--------------------

ENVOYEZ VOTRE FORMULAIRE REMPLI À :



**SOLUTIONS
POUR LES
MARCHÉS SPÉCIAUX**

Solutions pour les marchés spéciaux
Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
400-988 Broadway O, CP 5900, Vancouver, BC V6B 5H6

QUESTIONS?

Pour communiquer avec un spécialiste du Service à la clientèle :
1.800.266.5667 (sans frais)
604.737.3802 (Vancouver)
solutions@ia.ca
Du lundi au vendredi, de 6 h 30 à 16 h 30 heure du Pacifique