

# FORMULAIRE DE MODIFICATION ASSURANCE COLLECTIVE

Veuillez remplir, imprimer et signer.

## RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

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

## RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE/L'EMPLOYÉ CETTE SECTION DOIT TOUJOURS ÊTRE REMPLIE

Nom de famille	Prénom	Initiales	Matricule
----------------	--------	-----------	-----------

## MODIFICATIONS REQUISES COCHER SI APPLICABLE

Changement de nom : Nom de famille Prénom Initiales

Résiliation : Dernier jour de travail (jj-mmm-aaaa)

Remise en vigueur : Date de réembauche (jj-mmm-aaaa)

Transfert de division : Date de transfert (jj-mmm-aaaa) Nom de la nouvelle division Nouveau N° de division

Congé : Type de congé Date du congé (jj-mmm-aaaa) Date de retour prévue (jj-mmm-aaaa)

Retour au travail suite à un congé : Date de retour (jj-mmm-aaaa)

Changement de catégorie de l'employé :

Autre :

## COMPLÉTÉ PAR

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

## ENVOYEZ VOTRE FORMULAIRE REMPLI À :



**Solutions pour les marchés spéciaux**  
Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.  
2165 Broadway O, CP 5900, Vancouver, BC V6B 5H6  
Ou par télécopieur au 1.888.553.5433 (sans frais)

## 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