

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE DE BASE (EMPLOYÉ & PERSONNE(S) À CHARGE)

## RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

Titulaire de la police	N° de police	N° de division	Nom de la division
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

Nom de famille	Prénom	Initiales	Sexe	Date de naissance (jj-mmm-aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	<input type="text"/>
Province du résidence	Profession			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Date de début de l'emploi (jj-mmm-aaaa)	Classification d'emplois			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Renoncer à la période d'attente?	Si "oui", veuillez donner la raison			
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>			

## COUVERTURE DE(S) PERSONNE(S) À CHARGE À REMPLIR AFIN D'OBTENIR LA COUVERTURE POUR PERSONNE(S) À CHARGE

	Nom de famille	Prénom	Sexe	Date de naissance (jj-mmm-aaaa)	
Conjoint	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	<input type="text"/>	Le conjoint est-il aussi un employé en vertu de cette police collective? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	<input type="text"/>	Etudiant à temps plein? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	<input type="text"/>	Etudiant à temps plein? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	<input type="text"/>	Etudiant à temps plein? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	<input type="text"/>	Etudiant à temps plein? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

**Remarque :** Si l'enfant est âgé de plus de 20 ans et qu'il n'est pas étudiant à temps plein, veuillez joindre une feuille séparée sur laquelle vous indiquerez les détails concernant leur admissibilité.

## REMPLE PAR

**Remarque :** Les formulaires d'inscriptions doivent être complétés 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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 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