

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉSILIATION

La couverture spécifiée sera résiliée selon les termes de la police collective.

Nom du titulaire de la police	N° de la police collective	N° de la division	Matricule
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE / L'EMPLOYÉ

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj-mmm-aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VOTRE ADRESSE POSTALE ACTUELLE REQUISE POUR LA CONFIRMATION DE LA RÉSILIATION ET LE REMBOURSEMENT DES PRIMES LE CAS ÉCHÉANT

Adresse postale	Ville	Prov.	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de téléphone (maison)	N° de téléphone (<input type="radio"/> travail <input type="radio"/> cellulaire)	Courriel	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

CHARACTÉRISTIQUES DE LA RÉSILIATION

Option 1

- Résiliation de la totalité de la couverture aux termes de la police collective mentionnée ci-haut

Si vous ne souhaitez pas résilier la totalité de votre couverture aux termes de la police collective mentionnée ci-haut, veuillez indiquer ci-dessous la(les) garantie(s) que vous souhaitez résilier :

Option 2

Membre/employé

- La totalité des garanties du membre/ de l'employé; ou
Veuillez indiquer les garanties qui s'appliquent
- Assurance-vie temporaire
- Assurance maladie grave
- Assurance décès et mutilation par accident
- Autre(s) (précisez s'il vous plaît)
-

Conjoint

- La totalité des garanties du conjoint; ou
Veuillez indiquer les garanties qui s'appliquent
- Assurance-vie temporaire
- Assurance maladie grave
- Assurance décès et mutilation par accident
- Autre(s) (précisez s'il vous plaît)
-

Enfant(s) à charge*

- La totalité des garanties des enfants à charge ; ou
Veuillez indiquer les garanties qui s'appliquent
- Assurance-vie temporaire
- Assurance maladie grave
- Autre(s) (précisez s'il vous plaît)
-

*Remarque : Si la résiliation de la couverture des enfants à charge s'applique uniquement à certains de vos enfants à charge, veuillez s'il vous plaît ajouter une feuille au formulaire spécifiant leurs noms, sans quoi la résiliation s'appliquera à tous les enfants à charge couverts aux termes de la garantie.

Veuillez indiquer la raison pour laquelle vous résiliez votre couverture.

Raison(s) de la résiliation : N'est plus admissible à la couverture en date du (jj-mmm-aaaa)

Le service nécessite des améliorations Je n'ai plus besoin de cette couverture Le produit ne répond pas à mes besoins Coût Autre

Fournissez des détails :

AUTORISATION VEUILLEZ SIGNER À L'ENCRE

Une copie de cette autorisation signée possède la même valeur que la copie originale.

X

Signature du membre/de l'employé
(obligatoire)

Date (jj-mmm-aaaa)

X

Signature du conjoint
(le cas échéant)

Date (jj-mmm-aaaa)

ENVOYEZ VOTRE FORMULAIRE REMPLI À

SOLUTIONS
POUR LES
MARCHÉS SPÉCIAUXSolutions 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