

FORMULAIRE DE MODIFICATION DE NOM ET/OU ADRESSE

Veillez remplir, imprimer et signer.

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

N° de la police collective 100011627	N° de référence iA
---	--------------------

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

Nom de famille	Prénom	Initiales	Numéro matricule
----------------	--------	-----------	------------------

CHANGEMENT DE NOM COMPLÉTEZ SI VOUS DEMANDEZ UN CHANGEMENT DE NOM

Pour qui est le changement? <input type="radio"/> Membre <input type="radio"/> Conjoint	Raison du changement <input type="radio"/> Mariage <input type="radio"/> Correction <input type="radio"/> Autre (spécifier)	Si vous avez sélectionné "Autre", veuillez spécifier
--	--	--

Ancien nom (tel qu'il apparaît sur le certificat d'assurance collective le plus récent)

Nom de famille	Prénom	Initiales	Ancienne signature
----------------	--------	-----------	--------------------

Nouveau nom

Nom de famille	Prénom	Initiales	Nouvelle signature
----------------	--------	-----------	--------------------

CHANGEMENT DE COORDONNÉES POUR NOUVELLE ADRESSE, TÉLÉPHONE OU COURRIEL

Anciennes coordonnées

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

Nouvelles coordonnées

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

Information additionnelle

X

Signature du membre
(obligatoire)

Date (jj-mmm-aaaa)

X

Signature du conjoint
(s'il y a un changement de nom)

Date (jj-mmm-aaaa)

ENVOYEZ VOTRE FORMULAIRE REMPLI À

iA 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 :
1.855.747.4717 (sans frais)
sisipci@ia.ca
Du lundi au vendredi, de 6 h 30 à 16 h 30 heure du Pacifique