

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉSILIATION

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

## RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

N° de la police collective 100011627 N° de référence iA \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiales \_\_\_\_\_ Numéro matricule \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_  
N° de téléphone (maison) \_\_\_\_\_ N° de téléphone (  travail  cellulaire ) \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

## CHARACTÉRISTIQUES DE LA RÉSILIATION

### Option 1

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

### Option 2

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 souhaitez résilier :

#### Membre

La totalité des garanties du membre

#### Conjoint

La totalité des garanties du conjoint

#### Enfant(s) à charge\*

La totalité des garanties des enfants à charge  
 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

**Veillez indiquer la raison pour laquelle vous résiliez votre couverture.**

#### Raison(s) de la résiliation :

Le conjoint n'est plus admissible à la couverture en date (jj-mmm-aaaa) du \_\_\_\_\_  
 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  
(obligatoire)

Date (jj-mmm-aaaa)

X

Signature du conjoint  
(le cas échéant)

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