

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

Veuillez 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

VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements personnels que nous, iA Groupe financier et ses entités affiliées, recueillons dans le cadre de votre demande de réclamation ne seront utilisés et communiqués que pour les fins pour lesquelles vous avez déjà consenti.

Pour revoir vos choix de consentement ou pour en apprendre d'avantage veuillez consulter ia.ca/protection-renseignements-personnels.