

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'AJOUT D'ENFANT À CHARGE

**Veillez remplir, imprimer et signer.**

**Ce formulaire doit être reçu dans les 90 jours suivant la date à laquelle votre enfant devient admissible à la couverture aux termes de la police collective. Après 90 jours, vous devrez compléter un Formulaire supplémentaire pour enfants à charge.**

## RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

Titulaire de la police	N° de la police collective	Matricule
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE/L'EMPLOYÉ CETTE SECTION DOIT TOUJOURS ÊTRE REMPLIE

Nom de famille	Prénom	Initiales	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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"/>	

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT À CHARGE

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"/>

Veillez choisir la description qui représente le mieux votre enfant à charge :

- Enfant**  
Personne à charge qui est âgée de plus de 14 jours et de moins de 21 ans, célibataire et entièrement à la charge de ses parents.
- Besoins particuliers**  
Une personne atteinte d'un handicap mental et/ou physique âgée de plus de 21 ans peut demeurer couverte pour autant qu'elle soit incapable de maintenir un emploi et entièrement à la charge de ses parents.
- Étudiant à temps plein**  
Personne à charge qui est âgée entre 21 et 25 ans, célibataire et entièrement à la charge de ses parents en raison d'études à temps plein dans une école, un collège ou une université reconnue.
- Nom de l'institution scolaire

**Si votre enfant est âgé de plus de 20 ans et n'est pas étudiant à temps plein, veuillez s'il vous plaît donner les détails.**

**X**

**Signature du membre/de l'employé**  
(obligatoire)

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 :

**1.800.266.5667** (sans frais)

**604.737.3802** (Vancouver)

**marchesspeciaux@ia.ca**

Du lundi au vendredi, de 6 h 30 à 16 h 30 heure du Pacifique