

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS EN VUE D'UNE TRANSFORMATION

Veillez remplir,
imprimer et signer.

NOTE À L'ASSURÉ

Vous devez remplir le présent formulaire pour qu'une enquête puisse être effectuée en vue d'une transformation. Le présent formulaire autorise la divulgation d'information relative à la couverture que vous avez souscrite auprès de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») à un représentant nommé par la société. Veuillez noter que, si, au moment d'être soumise, cette demande porte votre approbation, la société divulguera les détails de votre couverture au représentant qui communiquera avec vous afin de discuter des options de transformation qui s'offrent à vous en vertu du contrat de police collective que vous avez indiqué ci-dessous.

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

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

QUI DEMANDE LA TRANSFORMATION

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

De préférence, à quel moment le représentant devrait-il communiquer avec vous?

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"/>

AUTORISATION VEUILLEZ SIGNER À L'ENCRE

Par la présente, j'autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») à fournir et à échanger avec un représentant de la société nommé et autorisé toute information relative à la couverture à laquelle je souscris actuellement en vertu de la police collective mentionnée ci-dessus, et ce, uniquement aux fins de traitement de cette demande de renseignements en vue d'une transformation.

Signature de la personne assurée demandant la transformation Date (jj-mmm-aaaa)
(obligatoire)

ENVOYEZ VOTRE FORMULAIRE REMPLI À :



SPECIAL
MARKETS
SOLUTIONS

Solutions 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

À USAGE INTERNE SEULEMENT REÇU AU BUREAU DE VANCOUVER DE L'INDUSTRIELLE ALLIANCE, ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

Nom de l'administrateur Date (jj-mmm-aaaa) Date de retransmission à PFS (jj-mmm-aaaa)