

# DEMANDE DE VERSEMENT ANTICIPÉ AU TITRE DE L'ASSURANCE VIE COLLECTIVE

## Instructions :

- ▶ Ce formulaire doit être rempli lorsqu'un employé atteint d'une maladie en phase terminale demande de recevoir le versement anticipé d'une partie des sommes dues au titre de son assurance-vie de base collective.
  - ▶ Veuillez fournir tous les renseignements demandés pour éviter tout retard dans le traitement du présent formulaire. Assurez-vous d'indiquer si une information ne s'applique pas, n'est pas disponible ou n'est pas connue.
  - ▶ Annexez une feuille séparée au présent formulaire si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre aux questions.
  - ▶ Soumettez ce formulaire et toute feuille additionnelle à : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
Indemnités Vie, Client collectif 5W  
60 rue Osborne Nord  
Winnipeg MB R3C 1V3
- OU Courriel : [grouplifebenefits@canadalife.com](mailto:grouplifebenefits@canadalife.com)  
Télécopieur : 204-946-8783

Section 1 RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR				
À remplir par l'employeur (en caractères d'imprimerie)				
Nom de l'employeur				
Adresse postale complète - Rue	Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone
Adresse de courrier électronique				Numéro de télécopieur
Signature de l'employeur				Date

Section 2 RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ				
À remplir par l'employeur (en caractères d'imprimerie)				
Nom de l'employé			Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	
Numéro de police collective		Numéro de certificat	Numéro de division	
Adresse de l'employé – Rue	Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone de l'employé
Adresse de courrier électronique			Montant de la protection d'assurance-vie de base de l'employé	
			\$	
Date d'entrée en service	Dernier jour de travail	Salaire en date du dernier jour travaillé \$	Raison du départ	

Section 3 RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LES BÉNÉFICIAIRES
À remplir par l'employeur (en caractères d'imprimerie)
Nom (veuillez inclure une copie de <u>toute</u> <b>Demande d'adhésion au régime collectif</b> , de <u>tout</u> <b>Formulaire de modifications visant le régime collectif</b> et de <u>toute</u> fiche de bénéficiaire contenant des renseignements sur le ou les bénéficiaires).
Les dossiers comportent-ils une ou des désignations de bénéficiaires irrévocables? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

# DEMANDE DE L'EMPLOYÉ et QUITTANCE

À remplir par l'employé (en caractères d'imprimerie)

**À NOTER :** Un employé peut demander un versement anticipé d'un montant correspondant au moindre d'entre au plus 50 % des sommes dues au titre de son assurance-vie de base collective et 50 000 \$.

Pour être en droit de recevoir un versement anticipé, vous devez être atteint d'une maladie en phase terminale et avoir une espérance de vie de 24 mois ou moins.

Je certifie que je travaille pour \_\_\_\_\_ et que je détiens une protection d'assurance-vie de base au titre de la police collective n° \_\_\_\_\_ (la « police »), établie pour \_\_\_\_\_ (le « titulaire de police ») par La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie; et

ATTENDU QUE je suis actuellement invalide et que j'ai reçu un diagnostic de maladie terminale; et

ATTENDU QUE conformément aux dispositions de la police, une prestation d'assurance-vie de base de \_\_\_\_\_ \$ est payable à mon décès; et

ATTENDU QUE je demande par les présentes un versement anticipé immédiat de ma prestation d'assurance-vie de base d'un montant correspondant au moindre d'entre au plus 50 % des sommes dues au titre de mon assurance-vie de base et 50 000 \$, laquelle prestation serait autrement payable à mon ou à mes bénéficiaires ou, en l'absence de bénéficiaires, à ma succession (le « versement anticipé »); et

ATTENDU QUE je comprends que le versement anticipé n'est pas dû aux termes de la police et me serait accordé par la Canada Vie pour des motifs de compassion; et

ATTENDU QUE j'ai consenti que des intérêts annuels correspondant au taux standard d'un an de la Canada Vie plus 2 % seront payables et s'accumuleront à l'égard du versement anticipé, à partir de la date dudit versement anticipé jusqu'à la date de mon décès, et qu'il s'agira d'un intérêt simple plutôt que composé; et

ATTENDU QUE je comprends et accepte que si un versement anticipé est effectué, la Canada Vie versera à mon ou à mes bénéficiaires, ou à ma succession en l'absence de bénéficiaires, lors de mon décès et sous la condition que ma protection d'assurance-vie de base collective aux termes de la police soit en vigueur à la date de mon décès, un montant équivalent à la prestation d'assurance-vie de base payable aux termes de la police à mon décès moins le montant du versement anticipé et des intérêts courus; et

ATTENDU QUE je comprends et accepte que si ma protection d'assurance-vie de base aux termes de la police prend fin avant la date de mon décès et après réception du versement anticipé, la Canada Vie pourrait exiger que je repaie le versement anticipé et les intérêts courus jusqu'à la date de remboursement; et

ATTENDU QUE je comprends et accepte que je serai entièrement responsable de payer l'impôt pouvant découler du versement anticipé ; et

POUR CES MOTIFS, en considération du fait que la Canada Vie consent à m'accorder un versement anticipé et moyennant et d'autres contreparties à titre onéreux et valable, dont la réception et le caractère suffisant sont par la présente reconnus, je, \_\_\_\_\_, décharge et libère définitivement La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie et le titulaire de police de toute réclamation, demande, dette, action ou cause d'action que moi-même, mes héritiers, mes administrateurs, mes exécuteurs ou liquidateurs, mes ayants droit ou mes bénéficiaires avons, avons eu ou pourrions avoir relativement au versement anticipé, et à l'intérêt couru à l'égard du versement anticipé, lequel serait autrement payable à mon décès aux termes de la police.

Le préambule de la présente demande et quittance en fait partie intégrante comme s'il y était reproduit au long.

Je, \_\_\_\_\_ déclare, garantis et certifie que je signe la présente demande et quittance en pleine connaissance de mes droits relativement à la police et aux termes de celle-ci.

EN FOI DE QUOI je, \_\_\_\_\_, signe les présentes, \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.

FAIT ET SIGNÉ EN PRÉSENCE DE :

\_\_\_\_\_  
NOM DU TÉMOIN (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU TÉMOIN

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE

## PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nous accordons une grande importance à la protection des renseignements vous concernant. Nous conservons tous vos renseignements personnels dans un dossier confidentiel dans nos bureaux, ou dans les bureaux d'une organisation qui possède notre autorisation. Les seules personnes ayant accès à vos renseignements personnels sont les suivantes : les employés de la Canada Vie et les personnes autorisées, qui en ont besoin pour effectuer leur travail et pour traiter votre demande de règlement, les personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès, les personnes autorisées par la loi, tant au Canada que dans tout autre territoire où des renseignements personnels sont conservés. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels, visitez le site [canadavie.com](http://canadavie.com) ou écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie.

## DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

### À remplir par l'employé

Pour être admissible au versement anticipé des sommes dues au titre de votre protection d'assurance-vie de base collective, vous devez être atteint d'une maladie en phase terminale et avoir une espérance de vie de 24 mois ou moins. Une fois la déclaration ci-dessous signée, votre médecin doit remplir la **Déclaration du médecin traitant** à la page suivante.

J'autorise expressément tout médecin, chirurgien ou toute autre personne qui m'a examiné(e) et tout hôpital ou tout autre établissement où j'ai reçu des soins à divulguer à La Canada Vie, compagnie d'assurance-vie ou à son représentant dûment autorisé les renseignements requis aux fins de l'évaluation de ma demande de versement anticipé des sommes dues au titre de mon assurance-vie de base collective. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Retournez le formulaire rempli à : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
Indemnités Vie, Client collectif 5W

60 rue Osborne Nord  
Winnipeg MB R3C 1V3

OU

Courriel : [grouplifebenefits@canadalife.com](mailto:grouplifebenefits@canadalife.com)  
Télécopieur : 204-946-8783

## DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – DEMANDE DE VERSEMENT ANTICIPÉ

Retournez le formulaire rempli à : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
Indemnités Vie, Client collectif 5W

60 rue Osborne Nord  
Winnipeg MB R3C 1V3

OU Courriel : grouplifebenefits@canadalife.com  
Télécopieur : 204-946-8783

Nom du médecin				Numéro de téléphone	
Adresse				Adresse courriel	
Nom de la personne assurée					
Adresse : Rue		Ville		Province	Code postal
					Numéro de la police collective

En raison d'une maladie en phase terminale, la personne assurée dont le nom figure ci-dessus a demandé un versement anticipé des sommes dues au titre de son assurance-vie. Pour étudier sa demande de, nous avons besoin des renseignements suivants :

Diagnostic : \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'un cancer, est-il métastasé?  Oui  Non    Stade du cancer : \_\_\_\_\_

Est-ce que la personne assurée reçoit des traitements?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Pronostic : \_\_\_\_\_

Espérance de vie (taux de survie) : \_\_\_\_\_

Considérez-vous que la personne assurée est mentalement compétente/apte?  Oui  Non

Veuillez fournir dans l'espace ci-dessous une description de l'état de santé de la personne assurée, y compris toute complication, et joindre des **preuves médicales à l'appui du diagnostic** (à faire remplir par un médecin SPÉCIALISTE si le patient est suivi par un spécialiste).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et véridiques.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_, Dr<sup>(e)</sup>