

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

Instructions :

- ▶ Ce formulaire doit être rempli lorsqu'un participant de régime 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.
- ▶ La page 1 doit être remplie par le gestionnaire de régime, les pages 2 et 3 par le participant de régime, et la page 4 par le médecin traitant.
- ▶ 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 OU Courriel : grouplifebenefits@canadavie.com
60 rue Osborne Nord Télécopieur : 204 946-8783
Winnipeg MB R3C 1V3

À remplir par le gestionnaire de régime (en caractères d'imprimerie)

Désignation de bénéficiaire et/ou formulaire d'adhésion : <input type="checkbox"/> ci-joints <input type="checkbox"/> détenus par la Canada Vie <input type="checkbox"/> Système d'adhésion en libre-service à l'intention des participants (ALSP)			
Nom du participant de régime (prénom, nom de famille)			Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse postale - Rue		Ville	Province
			Code postal
Adresse de courrier électronique			Numéro de téléphone
Nom de la police collective			
Numéro de la police collective		Numéro de division	Classe de garanties
		Numéro de certificat	
Date d'entrée en service (jj-mm-aaaa)	Dernier jour de travail (jj-mm-aaaa)	Raison du départ	
Salaire en date du dernier jour travaillé		Montant de la protection d'assurance vie de base de l'employé	
Adresse postale du répondant de régime - Rue		Ville	Province
			Code postal
Nom du gestionnaire de régime		Titre	Numéro de téléphone
Adresse de courrier électronique			Numéro de télécopieur
Signature		Date	

DEMANDE DE L'EMPLOYÉ et QUITTANCE

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

À NOTER : Un participant de régime peut demander un versement anticipé d'un montant correspondant au moindre d'entre au plus 50 % des sommes dues au titre de l'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 souhaite recevoir ce paiement :

Par chèque

Par transfert électronique de fonds (TEF) dans une institution financière canadienne; veuillez joindre à la présente un chèque personnalisé portant la mention « nul » ou un formulaire bancaire électronique

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 Canada Vie, compagnie d'assurance-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

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 Canada Vie, compagnie d'assurance-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 confidentialité 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 vos renseignements personnels sont conservés. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels, visitez le site canadavie.com ou écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie.

CONSENTEMENT

Cette section doit être remplie par le participant de régime

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@canadavie.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, Collective 5W
60 rue Osborne Nord
Winnipeg MB R3C 1V3

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

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

En raison d'une maladie en phase terminale, le participant de régime dont le nom figure ci-dessus a demandé un versement anticipé des sommes dues au titre de son assurance vie. Pour étudier sa demande, 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 le participant de régime reçoit des traitements? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____

Pronostic : _____

Espérance de vie (taux de survie) : _____

Considérez-vous que le participant de régime est mentalement compétente/apt? Oui Non

Veuillez fournir dans l'espace ci-dessous une description de l'état de santé du participant de régime, 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^(e) _____