

Section à l'intention des participants/conjoints

Si votre protection d'assurance vie collective de la Canada Vie prend fin ou est réduite, vous pourriez souscrire une police d'assurance vie individuelle transformée, sans avoir à fournir de preuve médicale d'assurabilité. La Canada Vie doit recevoir la demande de transformation de l'assurance vie dans les 31 jours suivant la fin ou la réduction de votre assurance vie collective. Voici ce que vous devez faire pour transformer votre assurance vie collective :

Étape 1 : Remettez ce formulaire, Avis relatif au droit de transformation de l'assurance vie collective, dûment rempli à votre conseiller.

- a) Si vous n'avez pas de conseiller ou que votre conseiller n'est pas autorisé à vendre des produits de la Canada Vie, rendez-vous au canadalife.com/fr/trouver-un-conseiller.html, sélectionnez Transformer mon assurance vie collective sous Clients existants et remplissez le formulaire.

Après avoir soumis le formulaire, un conseiller communiquera avec vous et vous expliquera les options de transformation de l'assurance vie offertes afin que vous puissiez faire le bon choix en fonction de vos besoins d'assurance.

- b) Vous pouvez également parler à un représentant du service à la clientèle en composant le : 1 888 252-1847. Un représentant du service clientèle vous aidera à entrer en contact avec un conseiller.

Étape 2 : Une fois que vous avez choisi votre option de transformation de l'assurance vie, le conseiller fera parvenir à la Canada Vie la demande dûment remplie et signée, accompagnée du premier paiement intégral de la prime aux fins de traitement. Ce processus de demande doit être complété dans les 31 jours suivant la fin ou la réduction de votre assurance vie collective.

Section réservée au gestionnaire de régime

Remplissez les champs plus bas, remettez une copie du présent formulaire au participant du régime à la date de résiliation ou de réduction de l'assurance-vie collective et conservez-en une copie pour vos dossiers.

1. Police d'assurance collective – Renseignements sur le conseiller (le cas échéant)

Conseiller	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
Adresse	Courriel	

2. Renseignements sur le participant/les personnes à charge

Nom du participant du régime	Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	Date de naissance (jour-mois-année)
Nom du conjoint (si admissible à la transformation de l'assurance du conjoint)	Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	Date de naissance (jour-mois-année)
Nom du premier enfant (pour une transformation de l'assurance de l'enfant)	Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	Date de naissance (jour-mois-année)
Nom du deuxième enfant (pour une transformation de l'assurance de l'enfant)	Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	Date de naissance (jour-mois-année)
Adresse	Numéro de téléphone	

3. Renseignements sur l'assurance vie collective *

Nom de la police collective :		Numéro de police	Montant à la réduction / résiliation	Max. combiné pour la transformation (max. 400 000 \$ par pers.)	Date réduction / résiliation de l'assurance (jour-mois-année)
Participant	Assurance de base		\$	\$	
	Assurance facultative		\$	\$	
	Assurance supplémentaire		\$	\$	
Conjoint	Assurance de base		\$	\$	
	Assurance facultative		\$	\$	
Premier enfant			\$	\$	
Deuxième enfant			\$	\$	

* Si vous avez besoin de plus d'espace pour ajouter des personnes à charge, veuillez joindre une feuille supplémentaire sur laquelle tous les renseignements requis seront consignés.

4. Renseignements sur le gestionnaire de régime

Nom du gestionnaire du régime (en caractères d'imprimerie)	Numéro de téléphone	Courriel
Signature du gestionnaire de régime		Date (jour-mois-année)