

## Section réservée au gestionnaire de régime: PARTIE 1

Une fois le présent formulaire rempli, veuillez en remettre une copie au participant de régime à la date de résiliation ou de réduction de l'assurance vie collective et en conserver une copie pour vos dossiers.

### 1. Police d'assurance vie collective – renseignements sur le conseiller (le cas échéant)

Conseiller	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
Adresse	Adresse courriel	

### 2. Renseignements sur le participant de régime / les personnes à charge

Nom du participant de 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, pour une 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 (si admissible, 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 (si admissible, 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 d'assurance vie collective :		Numéro de police	Montant à la réduction / résiliation	Maximum combiné pour la transformation (max. 400 000 \$ par pers.)	Date réduction / résiliation de l'assurance (jour-mois-année)
<b>Participant de régime</b>	Assurance de base		\$	\$	
	Assurance facultative		\$	\$	
	Assurance supplémentaire		\$	\$	
<b>Conjoint</b>	Assurance de base		\$	\$	
	Assurance facultative		\$	\$	
<b>Premier enfant</b>			\$	\$	
<b>Deuxième enfant</b>			\$	\$	

\* 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 de régime (en caractères d'imprimerie)	Numéro de téléphone	Adresse courriel
Signature du gestionnaire de régime		Date (jour-mois-année)

## Section réservée au participant de régime / aux personnes à charge : PARTIE 2

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

**Étape 1 :** Remettez le présent 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 les produits de la Canada Vie, rendez-vous au <https://www.canadalife.com/fr/nous-joindre/client-actuel/employeur/transformation-assurance-vie-produits-personnels.html>.

Après que vous aurez soumis le formulaire, un conseiller communiquera avec vous pour vous expliquer les options offertes en matière de transformation de l'assurance vie collective afin que vous puissiez sélectionner le produit qui convient à vos besoins d'assurance.

- b) Vous pouvez également parler à l'un de nos représentants du Service à la clientèle en composant le 1 888 252-1847. Le représentant du Service à la clientèle vous aidera à entrer en contact avec un conseiller.

- c) Vous pouvez aussi communiquer avec nous à l'adresse [rester\\_protege@canadavie.com](mailto:rester_protege@canadavie.com).

**Étape 2 :** Une fois que vous avez choisi votre option de transformation de l'assurance vie collective, 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 effectué dans les 31 jours suivant la résiliation ou la réduction de votre assurance vie collective.