

DEMANDE DE PRESTATION DE DÉCÈS ANTICIPÉE AU TITRE DE L'ASSURANCE VIE MOBILE COLLECTIVE

Instructions :

- ▶ Ce formulaire doit être rempli si votre conjoint ou vous-même êtes atteint d'une maladie en phase terminale et demandez de recevoir le versement anticipé d'une partie des sommes dues au titre de l'assurance vie mobile pour votre conjoint ou pour vous-même.
- ▶ 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.

Partie 1 RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ATTEINTE D'UNE MALADIE EN PHASE TERMINALE

Personne atteinte d'une maladie en phase terminale :				Date de naissance (JJ-MM-AAAA)
<input type="checkbox"/> Nom du participant : _____				
<input type="checkbox"/> Nom du conjoint : _____				
Numéro de la police collective 177914				Numéro de certificat
Adresse postale complète - Rue	Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone
Adresse de courrier électronique				

Partie 2 DEMANDE DE VERSEMENT ANTICIPÉ

<input type="checkbox"/> Montant de la prestation anticipée demandée au titre de l'assurance vie mobile collective du participant (montant correspondant au moindre d'entre au plus 50 % des sommes dues et 50 000 \$)	_____ % _____ \$
--	---------------------

OU

<input type="checkbox"/> Montant de la prestation anticipée demandée au titre de l'assurance vie mobile collective du conjoint (montant correspondant au moindre d'entre au plus 50 % des sommes dues et 50 000 \$)	_____ % _____ \$
---	---------------------

Partie 3 RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LES BÉNÉFICIAIRES

Nom du bénéficiaire : _____

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli et les pièces justificatives à l'adresse suivante :

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

Communication par courriel – note importante :

Internet n'est pas un moyen de communication sûr. Nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte son message à communiquer avec nous en se servant d'autres moyens.

DEMANDE DE VERSEMENT ANTICIPÉ AU TITRE DE L'ASSURANCE VIE MOBILE DU PARTICIPANT ET QUITTANCE

Veillez lire, remplir et signer ce qui suit.

À NOTER : Vous pouvez demander un versement anticipé d'un montant correspondant au moindre d'entre au plus 50 % des sommes dues au titre de votre assurance vie mobile collective ou 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 détiens une protection d'assurance vie mobile au titre de la police collective n° **177914** (la « police ») établie pour **Canada Life Insurance Company of Canada** (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 mobile de _____ \$ est payable à mon décès; et

ATTENDU QUE je demande par les présente un versement anticipé immédiat de ma prestation d'assurance vie mobile d'un montant correspondant au moindre d'entre au plus 50 % des sommes dues au titre de mon assurance vie mobile 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 demande par les présente un versement anticipé immédiat de ma prestation d'assurance vie mobile d'un montant correspondant au moindre d'entre au plus 50 % des sommes dues au titre de mon assurance vie mobile 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 et j'accepte que si ma protection d'assurance vie mobile aux termes de la police prend fin avant la date de mon décès, je suis tenu de rembourser le versement anticipé et les intérêts courus jusqu'à la date du remboursement; et

ATTENDU QUE je comprends et j'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

DEMANDE DE VERSEMENT ANTICIPÉ AU TITRE DE L'ASSURANCE VIE MOBILE DU CONJOINT ET QUITTANCE

Veillez lire, remplir et signer ce qui suit.

À NOTER : Vous pouvez demander un versement anticipé d'un montant correspondant au moindre d'entre au plus 50 % des sommes dues au titre de l'assurance vie mobile collective du conjoint ou 50 000 \$.

To be eligible for an advance payment, you must be suffering from a terminal illness and have a life expectancy of 24 months or less.

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

Je, _____, certifie que je détiens une protection d'assurance vie mobile au titre de la police collective n° **177914** (la « police ») établie pour **Canada Life Insurance Company** (« le titulaire de police ») par la Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie; et

ATTENDU QUE mon conjoint est actuellement invalide et qu'il a reçu un diagnostic de maladie terminale; et

ATTENDU QUE conformément aux dispositions de la police, une prestation d'assurance vie mobile de \$ est payable au décès de mon conjoint; et

ATTENDU QUE je demande par les présentes un versement anticipé immédiat de la prestation d'assurance vie mobile de mon conjoint d'un montant correspondant au moindre d'entre au plus 50 % des sommes dues au titre de l'assurance vie mobile de mon conjoint et 50 000 \$; 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 du décès de mon conjoint, et qu'il s'agira d'un intérêt simple plutôt que composé; et

ATTENDU QUE je comprends et j'accepte que si un versement anticipé est effectué, la Canada Vie versera, au décès de mon conjoint et sous la condition que ma protection d'assurance vie mobile collective aux termes de la police soit en vigueur à la date du décès de mon conjoint, un montant équivalent à la prestation d'assurance vie payable aux termes de la police au décès de mon conjoint moins le montant du versement anticipé et des intérêts courus; et

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

ATTENDU QUE je comprends et j'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 ou écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT DE RÉGIME

To be completed by Plan Member

Pour être en droit de recevoir un versement anticipé au titre de votre assurance vie mobile collective ou de celle de votre conjoint, vous ou votre conjoint devez être atteint d'une maladie en phase terminale et avoir une espérance de vie de 24 mois ou moins. Après avoir signé ci-dessous la présente déclaration, votre médecin ou celui de votre conjoint doit remplir la ***Déclaration du médecin traitant*** qui figure 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 Compagnie d'Assurance du Canada sur la 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 mobile collective. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Date _____ Signature _____

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli et les pièces justificatives à l'adresse suivante :

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

Communication par courriel – note importante :

Internet n'est pas un moyen de communication sûr. Nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte son message à communiquer avec nous en se servant d'autres moyens.

