

▲ IMPORTANT

Cette demande doit parvenir à iA Groupe financier dans les 31 jours qui suivent la cessation ou la réduction des protections d'assurance vie collective. Aucun questionnaire médical n'est requis.

Montants d'assurance qui peuvent être transformés

Cas 1 : Fin de votre emploi ou fin de votre appartenance au groupe

ASSURANCE VIE (DE BASE ET FACULTATIVE)

▲ Les montants suivants s'appliquent à moins d'indication contraire dans votre police d'assurance collective.

Résident(e)s du Québec	Pour vous	– Minimum : 10 000 \$ (assurance vie de base et facultative combinées) – Maximum : le moins élevé entre 400 000 \$ et le montant actuel d'assurance vie collective (assurance vie de base et facultative combinées)
	Pour chacune de vos personnes à charge	– Minimum : 5 000 \$ (assurance vie de base et facultative combinées) – Maximum : le montant actuel d'assurance vie collective (assurance vie de base et facultative combinées)
Résident(e)s des autres provinces	Pour vous	– Maximum : le moins élevé entre 200 000 \$ et le montant actuel d'assurance vie collective (assurance vie de base et facultative combinées)
	Pour chacune de vos personnes à charge	– Consultez votre livret d'assurance collective (sections sur le droit de transformation) pour savoir quels montants, protections et personnes assurées sont admissibles à une transformation, s'il y a lieu, et prendre connaissance des règles et des conditions qui s'appliquent.

RENTE DE SURVIE

Consultez votre livret d'assurance collective (sections sur le droit de transformation) pour savoir si la rente de survie est admissible à une transformation, et prendre connaissance des règles et des conditions qui s'appliquent.

Cas 2 : Fin de la police d'assurance collective **OU** réduction des protections d'assurance vie collective

Consultez votre livret d'assurance collective (sections sur le droit de transformation) pour savoir quels montants, protections et personnes assurées sont admissibles à une transformation, s'il y a lieu, et prendre connaissance des règles et des conditions qui s'appliquent.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT OU LA PARTICIPANTE

Prénom _____ Nom _____

Date de naissance

A	M	J

 N° de police _____ N° de certificat _____

Adresse _____ Code postal

--	--	--	--	--

N° Rue App. Ville Province

Téléphone _____ Courriel _____

Un représentant ou une représentante de iA Groupe financier communiquera avec vous pour vous informer des différentes options de protections d'assurance vie individuelle offertes et du coût de chacune de ces protections. Veuillez prévoir un certain délai avant que votre demande soit examinée et traitée.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT OU DE LA PARTICIPANTE

JE CERTIFIE que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets.

JE COMPRENDS que les conditions suivantes doivent être remplies pour que ma demande de transformation soit admissible :

- Cette demande doit parvenir à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier ») dans les 31 jours qui suivent la cessation ou la réduction des protections d'assurance vie collective;
- Le participant ou la participante doit avoir moins de 65 ans au moment de la cessation ou de la réduction des protections d'assurance vie collective, à moins d'indication contraire dans la police d'assurance collective.

Si ces deux conditions ne sont pas remplies, iA Groupe financier est libéré de toute responsabilité quant au suivi de la présente demande de transformation et la présente demande est nulle et sans effet.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de cette déclaration a la même valeur que l'original.

Signatures et modes d'envoi (deux options sont offertes) :

1. Envoi par messagerie sécurisée dans l'Espace client* – c'est rapide et facile!

* Si vous avez un compte dans l'Espace client et que votre accès à votre régime d'assurance collective est toujours actif, vous pouvez utiliser cette fonctionnalité.

– Une fois le formulaire rempli, le signer (signature électronique ci-dessous; cette signature est acceptée seulement si vous envoyez ce formulaire par messagerie sécurisée dans l'Espace client) :

En cochant cette case, j'appose ma signature électronique, **RECONNAISSANT** ainsi que j'ai lu, compris et accepté la déclaration ci-dessus. Date

A	M	J

– Sauvegarder le formulaire rempli et signé sur votre ordinateur. Voici comment l'envoyer :

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Aller à ia.ca/moncompte et ouvrir une session. | 4. Remplir les champs comme indiqué ci-dessous :
– Contrat : choisir votre régime d'assurance collective;
– Objet : autre demande du participant;
– Sujet : transformation assurance vie | 5. Joindre le formulaire que vous avez sauvegardé.
6. Sous <i>Message</i> , entrer un bref message.
7. Cliquer sur <i>Envoyer</i> . |
|--|---|---|

DÉCLARATION DU PARTICIPANT OU DE LA PARTICIPANTE (SUITE)

2. Envoi par la poste

– Si vous n’avez pas accès à l’Espace client, imprimez le formulaire et signez-le à la main :

Signature du participant ou de la participante _____

Date

	A		M		J

– Vous pouvez ensuite l’envoyer à :

Administration
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

Des questions? Écrivez à assurancecollective@ia.ca.

RÉSERVÉ À IA GROUPE FINANCIER

Raison de la transformation :

Cessation des protections d’assurance vie collective – Date de la cessation

	A		M		J

Indiquer la raison précise :

Fin d’emploi ou fin de l’appartenance au groupe

Fin de la police d’assurance collective

Réduction des protections d’assurance vie collective – Date de la réduction

	A		M		J

(Si le régime du participant ou de la participante comprend le droit de transformation pour la réduction de couverture.)

Montants actuels d’assurance, jusqu’à concurrence des montants maximaux admissibles à une transformation :

N. B. : Indiquer le moins élevé entre les montants actuels d’assurance et les montants maximaux admissibles à une transformation.

	PROTECTIONS	
	Assurance vie de base et facultative combinées	Rente de survie
Participant(e)	_____ \$	_____
Conjoint(e)	_____ \$	_____ \$
Enfants	_____ \$ / enfant	_____ \$ / enfant

Personnes à charge actuellement au dossier :

Prénom de la personne conjointe _____ Nom _____ Date de naissance

	A		M		J

Prénom des enfants _____ Nom _____ Date de naissance

	A		M		J

_____ Date de naissance

	A		M		J

_____ Date de naissance

	A		M		J

_____ Date de naissance

	A		M		J

_____ Date de naissance

	A		M		J