

### ⚠ 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)

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.

#### Signature électronique

Acceptée seulement si vous envoyez ce formulaire par messagerie sécurisée (voir la section suivante pour savoir comment faire).

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

**OU**

#### Signature manuscrite

Si vous n'envoyez pas ce formulaire par messagerie sécurisée, vous devez imprimer ce formulaire et le signer à la main.

Signature du participant ou de la participante \_\_\_\_\_ Date 

	A		M		J

**Par messagerie sécurisée dans l'Espace client\*** – c'est rapide et facile! Voici comment :

\* 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.

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sauvegarder le formulaire rempli sur votre ordinateur.</li> <li>2. Aller à <a href="http://ia.ca/moncompte">ia.ca/moncompte</a> et ouvrir une session.</li> <li>3. Dans le coin supérieur droit de la page, cliquer sur l'enveloppe.</li> <li>4. Cliquer sur <i>Nouveau message</i>.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Remplir les champs comme indiqué ci-dessous :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrat : choisir votre régime d'assurance collective;</li> <li>- Objet : autre demande du participant;</li> <li>- Sujet : transformation assurance vie</li> </ul> </li> <li>6. Joindre le formulaire que vous avez sauvegardé.</li> <li>7. Sous <i>Votre message</i>, saisir un bref message.</li> <li>8. Cliquer sur <i>Envoyer</i>.</li> </ol> |
|---|--|

**Par la poste :**

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

**Vous avez des questions?**

Écrivez à [assurancecollective@ia.ca](mailto: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
<b>Participant(e)</b>	_____ \$	
<b>Conjoint(e)</b>	_____ \$	_____ \$
<b>Enfants</b>	_____ \$ / 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