

Section à l'intention des participants/personnes à charge

Si votre assurance-vie collective de la Great-West 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 si :

- La Great-West ou la Financière Liberté 55 reçoit votre demande d'assurance individuelle dûment remplie et la première prime dans un délai de **31 jours** suivant la résiliation ou la réduction de votre assurance collective.

Pour transformer votre assurance-vie collective, vous devez :

- Communiquer avec un conseiller en sécurité financière de la Great-West ou de la Financière Liberté 55;
- Fournir à votre conseiller le présent formulaire Avis relatif au droit de transformation de l'assurance-vie collective – Québec dûment rempli.

Si votre conseiller en sécurité financière est autorisé à vendre des produits de la Great-West ou de la Financière Liberté 55, il pourra vous aider dans le processus de transformation. Sinon, visitez lagreatwest.com, puis cliquez sur **Communiquer avec un conseiller** ou rendez-vous dans le site financiereliberte55.com, puis cliquez sur **Trouver un conseiller**.

Section réservée au gestionnaire de régime

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. Renseignements sur le conseiller en sécurité financière (s'il y a lieu)

Conseiller	N° de téléphone ()	N° de télécopieur ()
Adresse		Courriel

2. Renseignements sur le participant/la personne à charge*

Nom du participant du régime	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance Jour Mois Année
Nom du conjoint (pour une transformation de l'assurance du conjoint)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance Jour Mois Année
Nom du premier enfant (pour une transformation de l'assurance de l'enfant)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance Jour Mois Année
Nom du deuxième enfant (pour une transformation de l'assurance de l'enfant)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance Jour Mois Année
Adresse		N° de téléphone ()

3. Renseignements sur l'assurance-vie collective*

Nom de la police collective :					
		N° de la police	Montant à la réduction/résiliation	Max. combiné pour la transformation (max. 400 000 \$ par pers.)	Date de résiliation / réduction de l'ass. (Jour/Mois/Année)
Participant	Ass.-vie de base		\$	\$	(Jour/Mois/Année)
	Ass.-vie facultative		\$		(Jour/Mois/Année)
	Ass.-vie supplémentaire		\$		(Jour/Mois/Année)
Conjoint	Ass.-vie de base		\$	\$	(Jour/Mois/Année)
	Ass.-vie facultative		\$		(Jour/Mois/Année)
Premier enfant			\$	\$	(Jour/Mois/Année)
Deuxième enfant			\$	\$	(Jour/Mois/Année)

4. Renseignements sur le gestionnaire du régime

Date (Jour/Mois/Année)	Nom du gestionnaire de régime (en caractères d'imprimerie)
N° de téléphone ()	Signature du gestionnaire de régime

* 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.