

Section à l'intention des participants/conjoints

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. Comme la demande de transformation de l'assurance vie dûment remplie doit nous parvenir dans un délai de 31 jours après la résiliation ou la réduction de votre assurance collective, il est important que vous suiviez les directives indiquées ci-dessous. Voici ce que vous devez faire pour demander la transformation de votre assurance vie collective :

Étape 1 : Remplissez le présent formulaire et remettez-le à votre conseiller.

Si vous n'avez pas de conseiller ou si votre conseiller ne possède pas un permis de vente des produits de la Great-West ou de la Financière Liberté 55, accédez au site www.lagreatwest.com et cliquez sur l'onglet « Pour nous joindre ». Un conseiller communiquera avec vous et vous fournira des renseignements sur les options offertes en matière de transformation de l'assurance vie, afin que vous puissiez sélectionner le produit qui convient à vos besoins d'assurance actuels.

Vous pouvez également communiquer avec un représentant, Service à la clientèle :

Service en français : 1 800 665-2630 **Service en anglais :** 1 800 665-0551

Le représentant, Service à la clientèle vous aidera à joindre un conseiller.

Étape 2 : Soumettez votre demande d'assurance individuelle dûment remplie et la première prime à la Great-West ou à la Financière Liberté 55 dans un délai de 31 jours après la résiliation ou la réduction de votre assurance collective.

Section réservée au gestionnaire

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	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
Adresse		Courriel

2. Renseignements sur le participant/conjoint

Nom du participant du 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 (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
Adresse		Numéro de téléphone

3. Renseignements sur l'assurance vie collective

Nom de la police collective :					
		Numéro de la police	Montant à la réduction/résiliation	Max. combiné pour la transformation (max. 200 000 \$ par pers.)	Date de résiliation/réduction de l'ass.
Participant	Assurance vie de base		\$	\$	(jour-mois-année)
	Assurance vie facultative		\$		(jour-mois-année)
	Assurance vie supplémentaire		\$		(jour-mois-année)
Conjoint	Assurance vie de base		\$	\$	(jour-mois-année)
	Assurance vie facultative		\$		(jour-mois-année)

4. Renseignements sur le gestionnaire de régime

Date (jour-mois-année)	Nom du gestionnaire du régime (en caractères d'imprimerie)
Numéro de téléphone	Signature du gestionnaire de régime