

**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 de transformation, sans avoir à présenter de preuve médicale d'assurabilité si :

- votre contrat d'assurance collective prévoit une disposition à cet égard; et
- la Great-West ou la Financière Liberté 55 reçoit votre demande d'assurance individuelle de transformation dûment remplie et la totalité de la première prime dans un délai de 31 jours après la résiliation ou la réduction de votre assurance collective.

Vous pouvez également demander de souscrire une police d'assurance individuelle qui vous procurera une protection plus souple et plus personnalisée; cela dit, vous serez tenu de présenter une preuve médicale d'assurabilité. Si vous demandez une police d'assurance-vie individuelle de la Great-West ou de la Financière Liberté 55 dans le délai de 31 jours après la résiliation ou la réduction de votre assurance collective et que vous n'y êtes pas admissible pour des raisons médicales, nous procéderons automatiquement à l'établissement d'une assurance-vie de transformation n'exigeant pas de preuve médicale.

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 et
- lui remettre un Avis relatif au droit de transformation de l'assurance-vie collective.

Si votre conseiller en sécurité financière est habilité 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](http://lagreatwest.com). Cliquez ensuite sur **Pour nous joindre**, puis sur **Entrer en contact avec l'équipe de notre Centre de ventes et de marketing**, ou visitez [lefinanciereliberte55.com](http://lefinanciereliberte55.com) et cliquez sur **Pour nous joindre**.

**Section réservée au gestionnaire**

**Une fois le présent formulaire rempli, veuillez en remettre une copie au participant à la date de résiliation ou de réduction de la protection et en conserver une copie pour vos dossiers.**

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

Personne-ressource à l'égard des transformations	N° de téléphone	N° de télécopieur
Adresse		

**2. Renseignements sur le participant/conjoint**

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		
Adresse		N° de téléphone		

**3. Renseignements sur l'assurance-vie collective**

Nom du régime collectif :					
		Numéro de régime :	Montant à la réduction/résiliation :	Montant max. pour la transformation :	Date de résiliation/réduction de l'ass.
<b>Participant</b>	Ass.-vie de base		\$	\$	(Jour-Mois-Année)
	Ass.-vie facultative		\$		(Jour-Mois-Année)
	Ass.-vie supplémentaire		\$		(Jour-Mois-Année)
<b>Conjoint</b>	Ass.-vie de base		\$	\$	(Jour-Mois-Année)
	Ass.-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)
N° de téléphone	Signature du gestionnaire du régime