

**Service de l'administration**  
C. P. 790, succursale B  
Montréal (Québec) H3B 3K6

**La présente demande doit parvenir à l'adresse ci-dessus dans les 31 jours qui suivent l'expiration des garanties d'assurance vie collective.**

**PARTIE I - À remplir par le titulaire du contrat**

A. Nom du titulaire du contrat \_\_\_\_\_

B. Numéro du contrat \_\_\_\_\_

C. Numéro de certificat de l'assuré \_\_\_\_\_

D. Date de fin de la participation au régime 

A	A	A	A	M	M	J	J

E. Raison(s) \_\_\_\_\_

F. Salaire annuel à la date du départ (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

G. Nom du conjoint \_\_\_\_\_

Date de naissance du conjoint 

A	A	A	A	M	M	J	J

Montant admissible pour le conjoint \_\_\_\_\_ \$

H. Assurance vie de l'assuré au moment de la demande (donner toutes les précisions nécessaires) :

Assurance vie de base	_____ \$
Assurance vie facultative	_____ \$
Rente de survie	_____ \$

Réservé à iA Groupe financier
_____
_____
_____

Réservé à iA Groupe financier

Nom du représentant \_\_\_\_\_

Numéro du représentant \_\_\_\_\_ Agence \_\_\_\_\_

Code du représentant \_\_\_\_\_

Signature du représentant autorisé du titulaire **X** \_\_\_\_\_

Titre \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

**PARTIE II - À remplir par l'assuré qui exerce le droit de transformation**

1. \_\_\_\_\_ (Nom) \_\_\_\_\_ (Prénom)

\_\_\_\_\_ (Nom à la naissance (si différent))

Adresse aux fins de correspondance \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date de naissance 

A	A	A	A	M	M	J	J

Montant d'assurance vie à transformer \_\_\_\_\_ \$

2. Si un montant de rente de survie est inscrit en I (H) ci-dessus, préciser le nom, le prénom et la date de naissance de chaque enfant :

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>
_____	_____
_____	_____

Date de naissance 

A	A	A	A	M	M	J	J

3. Nouveau capital  
Le capital de la police individuelle établie par suite de la transformation de l'assurance vie collective :
- Doit être égal ou supérieur à 10 000 \$, sauf si le volume d'assurance vie en vigueur est moindre;
  - Ne peut excéder 200 000 \$, sauf si stipulation contraire au contrat.
4. Un représentant de iA Groupe financier communiquera sous peu avec vous. Il vous décrira les polices de iA Groupe financier offrant des garanties comparables à celles d'une police d'assurance vie collective et vous indiquera le coût de chacune.
5. Langue  
En quelle langue la police et les documents s'y rapportant doivent-ils être rédigés?  
Français  Anglais

**Date de naissance**

A	A	A	A	M	M	J	J

**DÉCLARATION**

Je certifie que les déclarations faites dans la partie II sont exactes et complètes et je demande à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la Société ») la transformation de mon assurance vie collective en une police individuelle établie sur la base de ces déclarations.

Il est entendu que la police individuelle établie en contrepartie de la présente demande de transformation ne prendra effet, et que la responsabilité de la Société ne sera engagée, qu'à la dernière des dates suivantes : date d'expiration de toutes les garanties d'assurance collective ou date de signature de la présente demande, sous réserve toutefois des conditions suivantes :

- 1) La présente demande doit parvenir au siège social de la Société dans les 31 jours qui suivent l'expiration de toutes les garanties d'assurance collective;
- 2) Le participant doit avoir moins de 65 ans, à moins d'indication contraire au contrat.

Il est entendu en outre que, si ces deux conditions ne sont pas remplies, la Société est libérée de toute obligation et la présente demande est nulle et sans effet. Toutefois, si le participant décède au cours du délai de transformation de 31 jours après avoir rempli les conditions 1) et 2), la Société se réserve le droit de déduire du capital-décès le solde impayé de la première prime.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du témoin