



 **Il est important d'acheminer ce formulaire à AGA au maximum 5 jours ouvrables avant la fin du délai de 31 jours qui suit une terminaison**

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom de l'employeur/du titulaire de la police		N° de contrat	N° de groupe/division
Nom de famille de l'adhérent		Prénom	N° de certificat
Date de naissance (A / M / J)	Courriel		N° de téléphone
Adresse complète : N° _____ Rue _____ App. _____			
Ville _____ Province _____ Code postal _____			

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE DE TRANSFORMATION

Votre emploi s'étant terminé le _____, votre assurance collective prenait donc fin à cette même date.

En raison du droit de transformation prévu à votre contrat, vous pouvez transformer votre assurance-vie collective en une police individuelle. Il est également possible qu'une ou que certaines autres garanties puissent être transformées. Pour connaître les garanties pouvant être converties en polices individuelles, veuillez vous référer à votre brochure explicative ou communiquer avec AGA ASSURANCES COLLECTIVES.

Si vous désirez vous prévaloir du droit de transformation, votre demande de transformation doit être reçue à n'importe quelle succursale de la Compagnie d'assurance ou à AGA ASSURANCES COLLECTIVES **au maximum 5 jours ouvrables avant la fin du délai de 31 jours** qui suit votre cessation d'emploi ou la résiliation de la garantie, selon le cas.

AGA ASSURANCES COLLECTIVES

Courriel : info@aga.ca ou par télécopieur au 514 935-1147

Service à la clientèle d'AGA

1 800 363-6217

☐ **OUI, je désire me prévaloir du droit de transformation prévu au contrat
(pour l'assurance-vie et possiblement toute autre garantie prévue au contrat)**

Afin de mieux répondre à votre demande, veuillez nous confirmer les informations suivantes :

Je suis : ☐ FUMEUR ☐ NON-FUMEUR

J'ai une condition médicale particulière : ☐ Non ☐ Oui Veuillez précisez : _____

Un de nos conseillers en sécurité financière communiquera avec vous sur réception de ce formulaire ou un représentant de l'assureur concerné par cette demande de transformation.

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

Signature de l'employé : _____ Date : _____