

Il est important de remettre ce formulaire à votre employeur lors de sa cessation d'emploi

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

(à remplir par l'employeur)

Nom de l'employeur/du titulaire de la police		N° de contrat	N° de groupe/division
Nom de famille de l'employé		Prénom	
Date de naissance (A / M / J)		Volume d'assurance-vie	Volume d'invalidité de longue durée
Adresse complète : N° _____ Rue _____ App. _____			
Ville _____ Province _____ Code postal _____			

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 des 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, accompagnée du paiement de la première prime, doivent parvenir à n'importe quelle succursale de la Compagnie d'assurance ou à **AGA ASSURANCES COLLECTIVES** dans les 31 jours qui suivent, selon le cas, votre cessation d'emploi ou la résiliation de la garantie.

AGA ASSURANCES COLLECTIVES : courriel : info@qfaga.com ou par télécopieur au 514 935-1147

Service à la clientèle d'AGA : Tél. : 514 935-5444 Ext. Montréal 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)**

Je suis : FUMEUR NON-FUMEUR

Je suis de nouveau assuré par un régime collectif : OUI NON

Volume d'assurance-vie _____ \$ Volume d'invalidité de longue durée _____ \$

Vous pouvez me joindre le jour au : ☎ (_____) _____ - _____

Vous pouvez me joindre le soir au : ☎ (_____) _____ - _____

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

Je certifie par la présente que l'occasion m'a été donnée de me prévaloir du droit de transformation de mon assurance-vie collective ainsi que de toute autre garantie prévue au contrat et qu'après considération, j'ai décidé de ne pas me prévaloir de ce droit.

Signature de l'employé : _____ Date : _____

RÉSERVÉ À L'USAGE DE AGA

Prime pour transformation avec l'assureur en place :

Plan proposé :

Analyste :

Date :