

DEMANDE DE TRANSFORMATION

A - DÉCLARATION DU PRENEUR – Veuillez écrire en lettres majuscules

Nom du preneur		Numéro de contrat		Numéro de certificat	
Nom de l'adhérent		Prénom		Date de cessation d'emploi	
				AAAA	MM JJ
L'adhérent présentera-t-il une demande d'invalidité?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
L'adhérent se remet-il d'une invalidité?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Montants d'assurance vie collective en vigueur		De base		Facultative	
		Montant total d'assurance en vigueur			
Adhérent		\$		\$	
Conjoint		\$		\$	
Signature du preneur				Date	

B - DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

Date de naissance		AAAA	MM	JJ	Sexe		Numéro de téléphone	
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		()	
Adresse de l'adhérent - N°, rue, app.				Ville		Province		Code postal
Nom du conjoint		Prénom		Date de naissance			Sexe	
				AAAA	MM	JJ	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Montant demandé, conformément au droit de transformation				Adhérent :		\$	Conjoint :	
							\$	
<p>Le montant <u>minimum</u> qui peut être transformé est de 1 000 \$. Le montant <u>maximum</u> qui peut être transformé est le moindre des deux montants suivants : 200 000 \$ ou le montant total d'assurance en vigueur indiqué ci-dessus. D'autres restrictions peuvent s'appliquer s'il y a transfert à un autre régime collectif.</p> <p>Votre assurance vie collective demeure en vigueur 31 jours après la date de cessation de votre emploi ou de votre association à un groupe et est assujettie à certaines restrictions. La police individuelle n'entre en vigueur qu'à la fin de cette période de 31 jours.</p> <p>La demande de transformation doit parvenir au siège social de Desjardins Sécurité financière au plus tard 31 jours après la date de cessation indiquée ci-dessus. (Veuillez noter que ce formulaire ne tient pas lieu de proposition.)</p>								
Signature de l'adhérent						Date		

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Les renseignements relatifs au bénéficiaire figurent sur la proposition originale.								
Type de police individuelle						Paiement reçu		
<input type="checkbox"/> Temporaire un an		<input type="checkbox"/> Temporaire jusqu'à 65 ans		<input type="checkbox"/>		\$		
Nom du bureau des ventes			Code du bureau des ventes		Date d'entrée en vigueur de la transformation		N° de la police transformée	
					AAAA	MM	JJ	
Protection d'assurance collective confirmée par			Date		Affaires nouvelles, assurance pour les particuliers		Date	