

DEMANDE DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE-VIE COLLECTIVE PRÉSENTÉE À :
COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE ASSOMPTION VIE
RÉGIME D'ASSURANCE-VIE COLLECTIVE POUR LES EMPLOYÉS DE LA FONCTION PUBLIQUE DU
NOUVEAU-BRUNSWICK

POLICE N° V954 N° d'assurance sociale : _____ Employeur : _____

PARTIE 1 : INSTRUCTIONS AUX EMPLOYÉS ASSURÉS

Le présent formulaire doit être rempli et acheminé à la Société des services de retraite Vestcor (SSRV) de manière à ce qu'elle reçoive ce formulaire dans les 31 jours suivants la date de fin de couverture de votre assurance vie collective (c.-à-d. la date de la fin de votre emploi).

Je soussigné(e), _____, souhaite obtenir une estimation de la transformation de mon assurance-vie collective en une police individuelle, conformément à la clause de privilège de transformation de la police d'assurance-vie collective susmentionnée. Veuillez m'informer des détails entourant cette transformation, y compris le taux par tranche de 1000 \$ d'assurance-vie permanente calculé en tenant compte de mon âge en date d'aujourd'hui.

Voici mon adresse:

rue ville province code postal

No de téléphone : Domicile (____) _____ courriel: _____

Date de naissance: _____ Sexe: (cochez) Homme Femme
 (JJ/MM/AA)

Date de cessation de la couverture : _____
 (JJ/MM/AA)

Langue de votre choix : (cochez) Français Anglais

Date _____ Signature de l'employé _____
 (JJ/MM/AA)

Signer et faire parvenir à la Société des services de retraite Vestcor, C. P. 6000, Fredericton (N.-B.) E3B 5H1

PARTIE 2 : SECTION RÉSERVÉE À LA SOCIÉTÉ DES SERVICES DE RETRAITE VESTCOR

id APAA _____

1. Certification que la couverture de l'assurance de l'employé susmentionné a commencé le _____
 et pris fin le _____ (JJ/MM/AA)

2. L'employé était couvert par la police d'assurance-vie collective pour un montant de _____ \$

3. La SSRV a reçu la demande de transformation de l'employé le _____
 (JJ/MM/AA)

4. Base _____ Supplémentaire _____ Personne à charge _____

Date _____ Signature de la personne autorisée _____
 (JJ/MM/AA)