

Renseignements sur la transformation de l'assurance vie collective

En tant que Assuré Participant au régime d'assurance collective de Wawanesa Vie, vous pourriez être admissible à transformer votre assurance vie collective ou de votre assurance vie facultative en une police individuelle sans avoir à fournir de questionnaire sur la santé ni à vous soumettre à un examen médical, si vous en faites la demande dans les 31 jours suivant la fin ou la réduction de cette couverture. Vous et les personnes à votre charge pourriez être admissible à convertir toute partie de la couverture perdue en assurance vie de base et en assurance vie facultative, comme indiqué dans votre livret de garanties.

Si votre couverture prend fin ou est réduite et que vous êtes admissible à la conversion, soumettez une demande dûment remplie et le paiement requis (ou l'autorisation de prélever les primes une fois que le prélèvement automatique a été mis en place) dans les 31 jours : la prime du premier mois si elle est mensuelle, le premier paiement semestriel si elle est semestrielle, ou le montant annuel total. Advenant votre décès pendant cette période, votre bénéficiaire recevra la prestation même sans demande de transformation. Les primes peuvent être payées annuellement ou semestriellement en ligne par débit préautorisé (DPA) ou par chèque. Les paiements mensuels peuvent uniquement se faire par DPA.

Instructions

1. Polices et taux offerts pour la transformation Pages 2 - 3

- Consultez la section sur le privilège de transformation de l'assurance collective de votre livret des participants au régime pour vérifier votre admissibilité.
- Choisissez le type de police souhaité.
- Calculez la prime en fonction de votre âge, de votre sexe, du montant de transformation souhaité et de la police choisie.

2. Détails de la demande Pages 3 - 5

- Remplissez les détails de la demande, notamment :
 - les renseignements sur le régime d'assurance collective;
 - les renseignements sur le proposant;
 - les renseignements sur la police (en utilisant les calculs de prime de l'étape 1).
- Effectuez votre désignation de bénéficiaire :
 - Désignez le(s) bénéficiaire(s).
 - Désignez le(s) bénéficiaire(s) subsidiaire(s).
 - Désignez un fiduciaire, le cas échéant.
- Dater et signez la demande.

3. Débit préautorisé (DPA)Page 6

- Remplissez cette section et fournissez un chèque « annulé » si :
 - vous optez pour un paiement mensuel des primes, et/ou;
 - il s'agit de votre méthode de paiement privilégiée.
- Dater et signez l'autorisation.

4. Déclaration de résidence aux fins de l'impôt pour les particuliersPage 7

- Ne remplissez cette section que si vous avez choisi une police d'assurance vie entière.
- Dater et signez la certification.

5. Soumission

- Soumettez la demande dûment remplie et le premier paiement requis à l'administrateur de votre régime d'assurance collective.

Polices et taux offerts pour la transformation Voici les taux annuels par tranche de 1 000 \$ de couverture :

Âge	Temporaire d'un an	
	Hommes	Femmes
20	2,02	1,46
21	2,02	1,46
22	2,03	1,46
23	2,03	1,46
24	2,04	1,46
25	2,04	1,46
26	2,05	1,48
27	2,06	1,51
28	2,07	1,53
29	2,08	1,56
30	2,08	1,59
31	2,17	1,67
32	2,26	1,75
33	2,35	1,83
34	2,45	1,93
35	2,55	2,02
36	2,71	2,15
37	2,89	2,30
38	3,08	2,45
39	3,28	2,61
40	3,49	2,79
41	3,79	2,99
42	4,11	3,21
43	4,47	3,44
44	4,85	3,69
45	5,26	3,95
46	5,76	4,23
47	6,30	4,53
48	6,90	4,85
49	7,55	5,19
50	8,27	5,56
51	9,03	6,01
52	9,87	6,50
53	10,78	7,03
54	11,78	7,60
55	12,88	8,21
56	13,88	8,91
57	14,96	9,67
58	16,12	10,50
59	17,37	11,39
60	18,73	12,36
61	20,47	13,47
62	22,38	14,67
63	24,47	15,98
64	26,75	17,40
65	29,24	18,95
66	31,87	20,66
67	34,74	22,52
68	37,87	24,55
69	41,28	26,76
70	45,00	29,17

Âge	Temporaire jusqu'à 65 ans	
	Hommes	Femmes
20	3,74	2,24
21	3,76	2,31
22	3,78	2,39
23	3,81	2,47
24	3,83	2,55
25	3,85	2,63
26	4,00	2,74
27	4,16	2,85
28	4,32	2,97
29	4,49	3,09
30	4,66	3,22
31	4,91	3,37
32	5,17	3,54
33	5,44	3,71
34	5,73	3,88
35	6,04	4,07
36	6,37	4,27
37	6,72	4,48
38	7,09	4,70
39	7,48	4,93
40	7,89	5,17
41	8,30	5,38
42	8,74	5,59
43	9,19	5,81
44	9,67	6,04
45	10,18	6,28
46	10,62	6,42
47	11,08	6,57
48	11,56	6,71
49	12,07	6,87
50	12,59	7,02
51	13,19	7,18
52	13,82	7,35
53	14,48	7,52
54	15,17	7,69
55	15,90	7,87
56	17,04	8,36
57	18,27	8,87
58	19,59	9,42
59	21,00	10,00
60	22,51	10,62
61	—	—
62	—	—
63	—	—
64	—	—
65	—	—
66	—	—
67	—	—
68	—	—
69	—	—
70	—	—

Âge	Assurance vie entière	
	Hommes	Femmes
20	6,58	5,59
21	6,80	5,87
22	7,04	6,15
23	7,32	6,46
24	7,64	6,78
25	7,99	7,12
26	8,35	7,46
27	8,75	7,83
28	9,18	8,22
29	9,63	8,63
30	10,10	9,04
31	10,61	9,49
32	11,14	9,95
33	11,73	10,46
34	12,33	10,95
35	12,98	11,49
36	13,67	12,05
37	14,41	12,64
38	15,17	13,23
39	15,99	13,87
40	16,86	14,53
41	17,79	15,23
42	18,77	15,95
43	19,79	16,70
44	20,88	17,50
45	22,03	18,33
46	23,24	19,19
47	24,51	20,09
48	25,85	21,03
49	27,26	22,02
50	28,75	23,05
51	30,31	24,13
52	31,95	25,26
53	33,67	26,45
54	35,46	27,68
55	37,44	29,07
56	39,39	30,41
57	41,42	31,81
58	43,57	33,29
59	45,77	34,82
60	47,27	35,88
61	49,64	37,54
62	52,08	39,26
63	54,68	41,09
64	57,34	43,00
65	60,22	45,08
66	63,23	47,33
67	66,39	49,70
68	69,71	52,19
69	73,20	54,80
70	76,86	57,54

Calcul de votre prime

1. Choisissez l'une des trois polices offertes pour la transformation :

- Temporaire d'un an** : cette police offre une assurance vie temporaire et non renouvelable pendant un an à compter de la date d'émission. La couverture prend fin au bout d'un an, mais elle peut être transformée en une police d'assurance vie entière ou temporaire jusqu'à l'âge de 65 ans avant la date d'expiration, sans preuve médicale.
- Temporaire jusqu'à 65 ans** : cette police fournit une assurance vie temporaire jusqu'à l'âge de 65 ans, sans valeur de rachat et sans possibilité de transformation. La couverture prend fin lorsque le titulaire de police atteint l'âge de 65 ans.
- Vie entière** : ce régime offre une couverture à vie avec des primes garanties et une accumulation de la valeur de rachat. Les participations sont créditées annuellement à partir de la deuxième année de police.

2. Déterminez le montant de garantie que vous souhaitez transformer.

3. Choisissez votre calendrier de paiement : annuel, semestriel ou mensuel.

4. Trouvez le taux applicable dans le tableau ci-dessus en fonction du type de police souhaité et de votre âge au moment où votre couverture au titre de l'assurance collective a pris fin ou a été réduite.

5. Calculez vos primes :

- a. Nombre de milliers de dollars de couverture : _____
- b. Taux pour mille en fonction du type de police, de l'âge et du sexe : X _____
- c. Multipliez « a » par « b » : = _____
- d. Ajoutez les frais de police : + _____
Vie entière = 75 \$ par an
Temporaire d'un an et temporaire jusqu'à 65 ans = 65 \$ par an
- e. Total de « c » plus « d » : = _____

Exemple : Femme de 38 ans, transformation pour une assurance temporaire jusqu'à 65 ans :

100	100 000 \$ de couverture
4,70 \$	Taux du tableau ci-dessus
470,00 \$	Prime annuelle
65,00 \$	Frais en fonction du type de police
535,00 \$	Prime annuelle totale due
48,15 \$	Paiement mensuel total (s'il s'agit de l'option privilégiée)
278,20 \$	Paiement semestriel total (s'il s'agit de l'option privilégiée)

6. Facultatif – Multipliez « e » par 0,09 pour déterminer le paiement mensuel; ou
Facultatif – Multipliez « e » par 0,52 pour déterminer le paiement semestriel : _____

Renseignements sur le régime d'assurance collective

Numéro du régime d'assurance collective : _____ Nom du promoteur du régime d'assurance collective : _____

L'assurance vie collective était : Terminée Réduite

Date de résiliation ou de réduction (jj-mm-aaaa) : _____ Montant de la résiliation ou de la réduction : _____

Renseignements sur le proposant

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Deuxième prénom : _____

Date de naissance (jj-mm-aaaa) : _____ Sexe : Homme Femme

Numéro d'assurance sociale : _____

Lien avec l'assuré (s'il s'agit d'une personne autre que la personne participant au régime) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Profession (titre du poste/rôle) : _____

Téléphone au domicile : _____ Téléphone cellulaire : _____

Renseignements sur la police

Police choisie : Temporaire 1 an Temporaire jusqu'à 65 ans Vie entière*

Assurance vie visée par la transformation (volume) : _____ \$

Montant de la prime annuelle (calculée à la page 3 – étape 5.e) : _____ \$

Options de prime* : Annuelle Semestrielle Mensuelle (uniquement offerte avec le DPA)

Option de participation choisie** : En dépôt Valeur de rachat Réduction de prime (non offerte avec le DPA)

* Les primes peuvent être payées par chèque ou par débit préautorisé (DPA). Pour utiliser le DPA, remplissez la section de la page 5.

** Dans le cas d'une police d'assurance vie entière, la valeur de rachat s'accumule avec des participations créditées annuellement à partir de la deuxième année de police.

Renseignements sur le bénéficiaire

1. Veuillez prendre note que la désignation d'un bénéficiaire compte parmi les décisions les plus importantes que vous prendrez relativement au présent régime d'assurance collective. La désignation que vous effectuez devrait clairement refléter votre intention quant à l'identité de la personne qui recevra les sommes assurées advenant votre décès.
2. Si vous désignez un bénéficiaire mineur, les sommes assurées ne peuvent lui être versées directement. Afin d'éviter des difficultés au moment du traitement de la réclamation, vous devriez nommer un fiduciaire pour tout bénéficiaire mineur.
3. Lorsqu'une quote-part a été attribuée à chaque bénéficiaire, seules ces sommes peuvent être versées à chaque bénéficiaire. Si l'un des bénéficiaires décède avant vous, sa part sera payable à votre succession.
4. Si les bénéficiaires principaux décèdent avant la personne assurée, les sommes assurées seront versées aux bénéficiaires subsidiaires. Si aucun bénéficiaire subsidiaire n'a été désigné, le bénéficiaire devient la succession de l'assuré.
5. Au Québec, la désignation d'un conjoint (marié ou en union civile) est irrévocable, sauf si vous cochez cette case : Révocable
Un bénéficiaire irrévocable ne peut être changé qu'avec le consentement écrit de ce bénéficiaire.

Bénéficiaire

Nom de famille	Prénom	Initiale	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Pourcentage (%)	Relation avec le proposant

Bénéficiaire subsidiaire

Nom de famille	Prénom	Initiale	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Pourcentage (%)	Relation avec le proposant

Désignation de fiduciaire

Je nomme par la présente :

Nom de famille : _____ Prénom : _____ en qualité de fiduciaire,

Lien avec le bénéficiaire : _____

pour recevoir tous les paiements pour le compte des bénéficiaires désignés ci-dessus tant qu'ils seront mineurs.

Consentement et divulgation de renseignements personnels

Je consens à la collecte, au traitement, au stockage et à la divulgation de mes renseignements personnels par Wawanesa Vie aux fins suivantes : établir et maintenir des communications avec moi; évaluer les risques selon le principe de prudence; examiner et payer des réclamations; détecter et prévenir la fraude; offrir et fournir des produits et des services pour répondre à mes besoins; compiler des statistiques et agir conformément à ce qu'exige et autorise la loi.

Je comprends que Wawanesa Vie peut transmettre mes renseignements personnels aux employés et agents de Wawanesa Vie qui ont besoin de ces renseignements pour effectuer leur travail; des enquêteurs de sinistres; des organismes d'enquête tiers; des fournisseurs de services de traitement et de stockage des renseignements; des services de programmation, d'impression, de poste et de distribution; les sociétés de réassurance concernées; les personnes à qui j'ai donné accès à ces renseignements et les personnes qui sont autorisées par la loi à voir mes renseignements personnels. Ces personnes, ces organisations et ces fournisseurs de services peuvent être situés dans d'autres provinces ou d'autres territoires à l'extérieur du Canada. Mes renseignements peuvent être transmis comme l'exigent les lois de ces territoires.

Je comprends que toute restriction limitant mon consentement ou encore le retrait de mon consentement pourrait faire en sorte que Wawanesa Vie ne puisse pas traiter la réclamation présentée.

Si vous avez des questions (concernant la collecte de renseignements personnels par nous ou la collecte, l'utilisation, la divulgation ou le stockage de renseignements personnels pour notre compte par des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada) ou une plainte concernant nos politiques et procédures de protection des renseignements personnels, veuillez communiquer avec le Bureau de la protection des renseignements personnels de Wawanesa Vie par courriel à l'adresse privacy@wawanesa.com, par téléphone au 1 844 241-0226 ou par écrit à l'attention de : Responsable de la protection des renseignements personnels, La Compagnie d'assurance vie Wawanesa, 236, rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.

Autorisation

- Je reconnais que les renseignements fournis sont complets et exacts.
- Je confirme avoir lu, compris et accepté les modalités, les conditions et les autorisations contenues dans la partie Consentement et divulgation de renseignements personnels. Une photocopie ou une reproduction électronique du présent document sont aussi valides que l'original.
- Je reconnais avoir eu la possibilité d'obtenir des conseils juridiques.

Date (jj-mm-aaaa)

Signature du posant

Signature du bénéficiaire irrévocable
(le cas échéant)

Débit préautorisé (DPA) – le cas échéant

Joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ »

Nom de famille du titulaire du compte : _____ Prénom du titulaire du compte : _____

Adresse (si différente de celle du proposant) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de transit : _____ Numéro de l'institution : _____ Numéro de compte : _____

Adresse de la succursale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Date de retrait : Date de la police Autre date (jj-mm-aaaa) : _____

Autorisation de débit préautorisé (DPA)

Je demande à Wawanesa Vie d'effectuer des retraits dans le compte indiqué précédemment ou dans un autre compte indiqué subséquemment, et j'autorise Wawanesa Vie à faire de tels retraits, pour me permettre de faire des paiements au titre de la police ou certains paiements à l'égard d'un emprunt selon les dispositions suivantes :

- Les retraits seront effectués selon la fréquence de paiement indiquée dans la proposition à la date d'émission de la police, à moins qu'une date de retrait particulière ne soit précisée.
- Si un DPA mensuel est refusé pour insuffisance de fonds, le prochain montant du DPA correspondra à deux mois de prime. Un avis sera transmis avant ce double prélèvement.
- Je peux retirer mon autorisation en tout temps, en donnant un préavis de dix (10) jours à Wawanesa Vie.
(Pour en savoir plus sur votre droit d'annuler une entente de DPA, communiquez avec votre institution financière ou consultez le site www.paiements.ca.)
- Je dispose de certains droits de recours au titre de l'entente de DPA si un débit n'est pas conforme à cette entente. Par exemple, j'ai le droit de recevoir un remboursement pour tout débit non autorisé ou tout débit non conforme à l'entente de DPA.
(Pour en savoir plus sur vos recours, communiquez avec votre institution financière ou consultez le site www.paiements.ca.)
- Je peux présenter une demande écrite pour ajouter ou supprimer des polices dans l'entente de DPA ou pour modifier les renseignements bancaires sans devoir remplir une nouvelle entente de DPA.

Cette autorisation restera en vigueur tant que la police sera admissible au paiement des primes au titre de ces modalités de paiement ou jusqu'à ce que cette autorisation soit révoquée. L'une ou l'autre des parties à cette entente peut mettre fin à cette autorisation en envoyant un avis écrit à l'autre partie à l'adresse qui figure dans les registres.

Date (jj-mm-aaaa)

Signature du proposant

Déclaration de résidence aux fins de l'impôt pour les particuliers (applicable uniquement en cas de transformation en police d'assurance vie entière)

Je suis un résident du Canada aux fins de l'impôt.

Je suis un résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou un citoyen américain.

Si vous avez coché cette case, indiquez votre numéro d'identification fiscal (NIF) des États-Unis.

NIF des États-Unis : _____

Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous fait la demande? Oui Non

Je suis un résident aux fins de l'impôt d'un territoire autre que le Canada ou les États-Unis.

Si vous avez coché cette case, indiquez ci-dessous votre territoire de résidence aux fins de l'impôt et vos NIF ou équivalents fonctionnels.

Si vous n'avez pas de NIF pour un territoire particulier, veuillez en indiquer la raison en utilisant un des choix ci-dessous :

Raison 1 : Je ferai une demande pour obtenir un NIF ou j'ai demandé un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu.

Raison 2 : Le territoire de ma résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF aux résidents.

Raison 3 : Autre, veuillez préciser la raison : _____

Territoire de la résidence aux fins de l'impôt	Numéro d'identification fiscal	Raison (1, 2 ou 3)

Renseignements généraux

En vertu de la Partie XVIII et de la Partie XIX de la *Loi de l'impôt sur le revenu*, les institutions financières canadiennes doivent recueillir les renseignements que vous fournissez dans ce formulaire pour déterminer si elles doivent déclarer votre compte financier à l'Agence du revenu du Canada (ARC). L'ARC peut communiquer ces renseignements au gouvernement d'un territoire étranger qui est le lieu de résidence aux fins de l'impôt d'une personne identifiée sur ce formulaire. Si la personne est de citoyenneté américaine, l'ARC peut aussi communiquer les renseignements au gouvernement des États-Unis.

Certification

Je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Je remettrai à Wawanesa Vie un nouveau formulaire dans les 30 jours suivant tout changement de situation qui rendrait incomplets ou inexacts les renseignements fournis dans le présent formulaire.

Date (jj-mm-aaaa)

Nom

Signature du proposant

Veuillez renvoyer le formulaire dûment rempli à Wawanesa Vie par courriel, par télécopieur ou par la poste :

Courriel : lifeservices@wawanesa.com

Télécopieur : 1 888 985-3872

Courrier : 236, rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5

Téléphone : 1 800 263-6785

wawanesavie.com