

Nom de l'adhérent

Prénom de l'adhérent

Groupe : Employeur : No d'identification :

1- Je désire me prévaloir du droit de transformation prévu au contrat pour la ou les garanties suivantes :

- ☐ Assurance vie
- ☐ Assurance maladie
- ☐ Assurance soins dentaires

2- Date de terminaison des fonctions :

3- Raison de la terminaison des fonctions :

4- Est-ce que vous occupez un autre emploi : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquer votre nouvelle protection d'assurance collective :

Signé à ce jour de 20 .**X**

Signature de l'adhérent

Protection des renseignements personnels

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre *Énoncé de confidentialité* au beneva.ca.