

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nom de l'adhérent		Prénom de l'adhérent	
Groupe: <input type="text"/>	Employeur: <input type="text"/>	N° d'identification: <input type="text"/>	

**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:     
Année Mois Jour

**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 \_\_\_\_\_ .



\_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent