



UNUM®

APPLICATION TO CONVERT GROUP LONG TERM DISABILITY INSURANCE

The Paul Revere Life Insurance Company
P.O. Box 5044, 5420 North Service Road, Burlington, Ontario L7R 4C1 • 905.319.9501

TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE REQUESTING CONVERSION

I have terminated my employment with the Employer holding the Group Long Term Disability Insurance Policy noted below. I hereby make application to The Paul Revere Life Insurance Company for a separate certificate of Long Term Disability Insurance in accordance with the Conversion Privileges provision contained in said Group Policy. I have been insured continuously under the Group Long Term Disability Insurance plan for at least 12 months.

PLEASE PRINT

1. NAME OF EMPLOYEE			
FIRST	MIDDLE	LAST	
2. ADDRESS			
N° STREET	CITY	PROVINCE	POSTAL CODE
3. AREA CODE AND TELEPHONE NUMBER	4. DATE OF BIRTH (MM / DD / YYYY)	5. <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	
6. AMOUNT OF INSURANCE BEING APPLIED FOR: \$ _____			

TERMINATING INFORMATION

1. NAME OF EMPLOYER	
FULL LEGAL NAME	
2. GROUP POLICY NUMBER	3. CERTIFICATE NUMBER

NEW EMPLOYMENT INFORMATION, IF ANY

1. CURRENT OCCUPATION, IF ANY
2. CURRENT EMPLOYER, IF ANY
3. CURRENT SALARY, IF ANY
4. ARE YOU CURRENTLY ELIGIBLE FOR ANY OTHER LONG TERM DISABILITY INSURANCE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO IF YES, SPECIFY THE AMOUNT, WHETHER OR NOT IT IS GROUP OF INDIVIDUAL COVERAGE AND THE INSURER AMOUNT \$ _____ <input type="checkbox"/> GROUP <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL INSURER _____

_____ Dated

_____ Signature of Applicant

When this form has been completed, mail the form to:

Unum

Attention: Group Customer Account Services
P.O. Box 5044, Burlington, ON L7R 4C1

All policies are underwritten and issued by The Paul Revere Life Insurance Company.

Unum is the marketing brand for: **The Paul Revere Life Insurance Company**



UNUM®

DEMANDE DE TRANSFORMATION D'ASSURANCE COLLECTIVE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Paul Revere, compagnie d'assurance-vie

P.O. Box 5044, 5420 North Service Road, Burlington, Ontario L7R 4C1 • 905.319.9501

À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ(E) DEMANDANT LA TRANSFORMATION

Mes services auprès de l'employeur titulaire de la police d'assurance collective invalidité de longue durée, dont le numéo figure ci-dessous, ont pris fin. Je demande par la présente à Paul Revere, compagnie d'assurance-vie d'établir un certificat distinct d'assurance invalidité de longue durée, conformément au droit de transformation stipulé par la police collective susmentionnée. Je suis couvert par cette police, sans interruption, depuis au moins 12 mois.

EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

1. NOM ET PRÉNOM DE L'EMPLOYÉ(E)			
2. ADRESSE			
N° ET RUE		VILLE	PROVINCE
3. IND. RÉG. ET N° DE TÉLÉPHONE		4. DATE DE NAISSANCE (JJ / MM / AAAA)	5. <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME
6. MONTANT D'ASSURANCE DEMANDÉ:			
\$			

RENSEIGNEMENTS SUR LA CESSATION

1. NOM DE L'EMPLOYEUR		NOM OFFICIEL COMPLET DE L'ENTREPRISE	
2. POLICE COLLECTIVE N°	3. CERTIFICAT N°		

RENSEIGNEMENTS SUR LE NOUVEL EMPLOI, LE CAS ÉCHÉANT

1. PROFESSION ACTUELLE (LE CAS ÉCHÉANT)
2. EMPLOYEUR ACTUEL (LE CAS ÉCHÉANT)
3. SALAIRE ACTUEL (LE CAS ÉCHÉANT)
4. AVEZ-VOUS DROIT ACTUELLEMENT À QUELQUE AUTRE ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
SI OUI, INDIQUEZ LE MONTANT, S'IL S'AGIT D'UNE ASSURANCE COLLECTIVE OU INDIVIDUELLE ET LE NOM DE L'ASSUREUR
MONTANT _____ \$ <input type="checkbox"/> COLLECTIVE <input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE
ASSUREUR _____

_____ Date

_____ Signature de l'employé(e)

Une fois le formulaire rempli, veuillez l'expédier à l'adresse suivante : **Unum**

À l'attention des : Services aux clients d'assurance collective
P.O. Box 5044, Burlington, ON L7R 4C1

Toutes les polices sont souscrites par Paul Revere, compagnie d'assurance-vie.

Unum est la marque de commerce de : **Paul Revere, compagnie d'assurance-vie**