

Guide pour remplir le formulaire Demande de changement de titulaire (n° 671OCFR)

Le changement de titulaire consiste à changer la titulaire ou le titulaire actuel pour le nouveau titulaire.

Une modification de contrat consiste à modifier le contrat, soit par l'option de transformation soit par l'option de fractionnement du contrat.

| | | | |
|--|-----------------|--|--|
| Toute personne assurée ou toute personne rentière : | | Toute personne titulaire de contrat actuelle : | |
| N° de contrat : | N° de contrat : | N° de contrat : | |
| Ce changement de titulaire accompagne-t-il une modification du contrat? (assurance vie seulement) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | | |
| Dans l'affirmative, les changements s'appliquent (choisir une seule option) : | | | |
| <input type="checkbox"/> au contrat actuel seulement <input type="checkbox"/> au nouveau contrat seulement <input type="checkbox"/> au contrat actuel et au nouveau contrat | | | |
| Je consens ou nous consentons à ce que les documents liés au contrat, notamment les relevés d'assurance annuels actuels, soient fournis à la nouvelle titulaire ou au nouveau titulaire de contrat, et transfère ou transférons tout droit et intérêt au titre du contrat mentionné ci-dessus, absolument et irrévocablement, sous réserve des conditions du contrat à toute nouvelle personne titulaire indiquée ci-dessous. | | | |
| Si la désignation de bénéficiaire est irrévocable, ce transfert de propriété annule la désignation de bénéficiaire existante. Les nouveaux titulaires de contrat devront remplir le formulaire Demande de changement de désignation de bénéficiaire (n° 671BCFFR) , sinon le produit du contrat deviendra payable aux ayants droit à la succession des nouveaux titulaires. Dans le cas des contrats d'assurance vie entière, d'assurance vie universelle et non enregistrés seulement : si le nouveau titulaire est une entité, vous devez également remplir et remettre le formulaire Renseignements sur l'entreprise (n° 594FR) . | | | |
| Les renseignements suivants sont requis afin de nous conformer aux lois canadiennes. Afin de traiter votre demande de changement de titulaire, veuillez fournir les renseignements dans les champs pertinents. | | | |

Choisir « Non » s'il s'agit uniquement d'une demande de changement de titulaire. Choisir « Oui » s'il s'agit et d'une demande de changement de titulaire et d'une demande de modification du contrat.

Nouveau Cotitulaire

| | | | | | |
|---|-------------------------|--|------------------------------------|---|---|
| 1a. NOUVEAU TITULAIRE PRINCIPAL | | | | | |
| Je comprends ou nous comprenons que cette adresse sera utilisée à titre d'adresse de facturation, à moins que la Compagnie n'en reçoive l'indication contraire. | | | | | |
| Nouvelle titulaire ou nouveau titulaire de contrat : | | | Date de naissance (jj/mm/aaaa) : | | |
| Adresse (rue, ville, code postal) : | | | | | |
| Numéro de téléphone : | | | Numéro d'assurance sociale (NAS) : | | |
| Emploi (titre de poste et fonctions) – si vous ne travaillez pas actuellement, veuillez indiquer votre ancien emploi | | | | | |
| Veuillez sélectionner l'une des trois options de vérification de l'identité : | | | | | |
| Vérification de l'identité : votre identité canadiennedoit être vérifiée par votre conseillère ou votre conseiller. Veuillez choisir l'une des pièces d'identité suivantes : permis de conduire provincial, carte provinciale avec photo (sauf la carte d'assurance maladie provinciale), passeport, carte de citoyenneté (délivrée avant 2012), carte de résident permanent ou certificat sécurisés de statut d'Indien. | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> À titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la titulaire ou le titulaire, j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire. Veuillez préciser : | | | | | |
| Type de pièce d'identité | Numéro d'identification | Territoire de compétence ou pays de délivrance | Date d'expiration (jj/mm/aaaa) | Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa) | |
| | | | | | |
| Si vous ne possédez pas l'une de ces pièces d'identité indiquées ci-dessus, ou si cela n'est pas effectué en personne, veuillez vous rendre au site www.equitable.ca/aller/autre-identite pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité. | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> À titre de conseillère ou conseiller, j'ai suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité, y compris la revue de deux documents valides et actuels de catégories* différentes comme indiqué dans les directives. Veuillez préciser : | | | | | |
| Catégorie* | Type de document | Émetteur du document | Numéro du document ou du compte | Date du document ** (jj/mm/aaaa) | Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| * Catégorie A – nom et adresse, catégorie B – nom et date de naissance, catégorie C – nom et renseignements sur le compte. | | | | | |
| ** Indiquer la date d'expiration le cas échéant, sinon la date de délivrance. | | | | | |
| Le, la, personne titulaire, consens à ce que l'Assurance vie Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services et communique les résultats à ma conseillère ou mon conseiller aux fins de conformité à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent. | | | | | |
| Le présent formulaire a été préparé pour la commodité de la titulaire ou du titulaire de contrat. La Compagnie n'assume pas la responsabilité de sa validité ou de sa suffisance. | | | | | |

Les renseignements du nouveau titulaire doivent être indiqués dans cette section.

Effectuer la vérification de l'identité.

Sélectionner une case et y indiquer les renseignements, le cas échéant.

1b. NOUVEAU COTITULAIRE

S'il devait y avoir une nouvelle ou un nouveau cotitulaire, veuillez fournir les renseignements ci-dessous :

Nouvelle titulaire ou nouveau titulaire de contrat : _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse (rue, ville, code postal) : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

Emploi (titre de poste et fonctions) – si vous ne travaillez pas actuellement, veuillez indiquer votre ancien emploi : _____

Veuillez sélectionner l'une des trois options de vérification de l'identité :

Vérification de l'identité : votre identité canadienne doit être vérifiée par votre conseillère ou votre conseiller. Veuillez choisir l'une des pièces d'identité suivantes : permis de conduire provincial, carte provinciale avec photo (sauf la carte d'assurance maladie provinciale), passeport, carte de citoyenneté (délivrée avant 2012), carte de résident permanent ou certificat sécurisé de statut d'Indien.

À titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la titulaire ou le titulaire, j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire. Veuillez préciser :

| Type de pièce d'identité | Numéro d'identification | Territoire de compétence ou pays de délivrance | Date d'expiration (jj/mm/aaaa) | Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa) |
|--------------------------|-------------------------|--|--------------------------------|---|
| | | | | |

Si vous ne possédez pas l'une de ces pièces d'identité indiquées ci-dessus, ou si cela n'est pas effectué en personne, veuillez vous rendre au site www.equitable.ca/aller/autre-identite pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité.

À titre de conseillère ou conseiller, j'ai suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité, y compris la revue de deux documents valides et actuels des différentes catégories* comme indiqué dans les directives. Veuillez préciser :

| Catégorie* | Type de document | Émetteur du document | Numéro du document ou du compte | Date du document ** (jj/mm/aaaa) : | Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa) |
|------------|------------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------------|---|
| | | | | | |

* Catégorie A – nom et adresse, catégorie B – nom et date de naissance, catégorie C – nom et renseignements sur le compte.
 ** Indiquer la date d'expiration le cas échéant, sinon la date de délivrance

Je, cotitulaire, consens à ce que l'Assurance vie Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services et communique les résultats à ma conseillère ou mon conseiller aux fins de conformité à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent.

Les renseignements sur le deuxième cotitulaire doivent être indiqués dans cette section, le cas échéant.

Effectuer la vérification de l'identité.
Sélectionner une case et y indiquer les renseignements, le cas échéant.

Considérations Fiscales (ne s'appliquent pas aux contrats d'assurance maladies graves)

2. CONSIDÉRATIONS FISCALES (ne s'appliquent pas aux contrats d'assurance maladies graves)

Nota :

- Les renseignements de la présente section sont requis afin de déterminer les conséquences fiscales d'un changement de titulaire.
- Pour obtenir des renseignements à savoir si les personnes ou les entités sont apparentées aux fins de l'impôt, veuillez consulter votre fiscaliste.
- Si la personne titulaire actuelle est décédée et qu'aucun titulaire successeur ou subrogé n'a été désigné au titre du contrat, passer à la question intitulée « Raison du changement de titulaire ».

Transferts entre personnes
 Si le transfert est effectué entre personnes, veuillez indiquer le lien de la personne titulaire actuelle avec la nouvelle personne titulaire (choisir une option) :

| Titulaire actuel | Nouveau titulaire |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Parent (y compris les parents adoptifs et les beaux-parents) | > Enfant |
| <input type="checkbox"/> Grand-parent (y compris les grands-parents adoptifs et les grands-parents de la conjointe ou du conjoint) | > Petite-fille ou petit-fils |
| <input type="checkbox"/> Conjointe ou conjoint | > Conjointe ou conjoint |
| <input type="checkbox"/> Ex-conjointe ou ex-conjoint | > Ex-conjointe ou ex-conjoint |
| <input type="checkbox"/> Fraterie (y compris la fraterie du conjoint) | > Fraterie |
| <input type="checkbox"/> Une personne, autre que celles indiquées ci-dessus, qui EST apparentée à l'autre personne aux fins de l'impôt | > Une personne, autre que celles indiquées ci-dessus, qui EST apparentée à l'autre personne aux fins de l'impôt |
| <input type="checkbox"/> Une personne qui N'EST PAS apparentée à l'autre personne aux fins de l'impôt | > Une personne qui N'EST PAS apparentée à l'autre personne aux fins de l'impôt |

Cocher la case qui correspond aux personnes qui font l'objet du transfert.

S'il s'agit d'un transfert entre personnes où les liens entre celles-ci ne s'appliquent pas, choisir l'un des deux derniers choix.

2. CONSIDÉRATIONS FISCALES (ne s'appliquent pas aux contrats d'assurance maladies graves) (su

Transferts impliquant une société, une fiducie ou une autre entité
Si le transfert implique une société, une fiducie ou une autre entité, veuillez indiquer ci-dessous le lien avec le nouveau titulaire

| Titulaire actuel | Nouveau titulaire |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Une personne | > Une fiducie |
| <input type="checkbox"/> Une personne qui EST apparentée à la société aux fins de l'impôt | > Une société qui EST apparentée à la personne aux fins de l'impôt |
| <input type="checkbox"/> Une personne qui N'EST PAS apparentée à la société aux fins de l'impôt | > Une personne qui N'EST PAS apparentée à la personne aux fins de l'impôt |
| <input type="checkbox"/> Une fiducie | > Une personne |
| <input type="checkbox"/> Une société qui EST apparentée à la personne aux fins de l'impôt | > Une personne qui EST apparentée à la société aux fins de l'impôt |
| <input type="checkbox"/> Une société qui N'EST PAS apparentée à la personne aux fins de l'impôt | > Une personne qui N'EST PAS apparentée à la société aux fins de l'impôt |
| <input type="checkbox"/> Une société qui EST apparentée à l'autre société aux fins de l'impôt | > Une société qui EST apparentée à l'autre société aux fins de l'impôt |
| <input type="checkbox"/> Une société qui N'EST PAS apparentée à l'autre société aux fins de l'impôt | > Une société qui N'EST PAS apparentée à l'autre société aux fins de l'impôt |
| <input type="checkbox"/> Autre – veuillez préciser : _____ | > Autre – veuillez préciser : _____ |

Raison du changement de titulaire (choisir l'une des options suivantes) :

Décès de la titulaire ou du titulaire actuel

Transfert du contrat en règlement des droits découlant du mariage ou de l'union de fait ou de son échec

Liquidation de la société

Fusion de sociétés

Distribution d'une fiducie à un bénéficiaire ou un bénéficiaire de capital d'une fiducie

Don à une œuvre de bienfaisance enregistrée

Aucune de ces options

Contrepartie versée à la titulaire ou au titulaire actuel par le nouveau titulaire
Quelle est la somme d'argent de la contrepartie versée (s'il y a lieu) par le nouveau titulaire au titulaire actuel pour le contrat d'assurance?
_____ \$

S'il s'agit d'un transfert d'une personne à une société, une fiducie ou à une entité ou d'un transfert d'une société, d'une fiducie ou d'une entité à une personne, cocher la case appropriée.

Choisir « Autre », si aucun choix de la liste ne s'applique; vous assurer de bien indiquer clairement de quel type de transfert il s'agit.

Choisir cette option uniquement s'il existe un accord juridique entre les parties, comme un accord de séparation légale ou de divorce.

Cette case doit être cochée pour toutes les ententes personnelles.

Si aucune contrepartie n'a été exigée en échange du changement de titulaire, indiquer « 0 ».

Déclaration De La Résidence Fiscale (dans le cas des contrats d'assurance vie entière, d'assurance vie universelle et non enregistrés seulement)

3. DÉCLARATION DE LA RÉSIDENCE FISCALE (dans le cas des contrats d'assurance vie entière, d'assurance vie universelle et non enregistrés seulement)

Nouvelle titulaire ou nouveau titulaire de contrat : veuillez choisir toutes les options qui vous concernent.

- Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt
- Je suis résidente ou résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyenne ou citoyen des États-Unis :
Veuillez fournir le numéro d'identification fiscal des États-Unis (TIN) ou l'équivalent fonctionnel : _____
- Je suis résidente ou résident aux fins de l'impôt dans un territoire de compétence autre que le Canada ou les États-Unis :
Territoire de compétence de la résidence fiscale : _____ NIF ou l'équivalent fonctionnel : _____

Si vous ne possédez pas de NIF ou d'équivalent fonctionnel pour un territoire de compétence en particulier, veuillez choisir l'une des raisons suivantes :

- a) Je ferai la demande ou j'ai fait la demande d'un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu.
- b) Mon territoire de compétence de résidence n'émet pas de NIF à ses résidents.
- Autre raison : _____

Ne pas passer la section 3. Cette section doit être remplie dans le cas de tous les contrats d'assurance vie entière, d'assurance vie universelle et non enregistrés.

Désignation De Titulaire De Contrat Subsidaire

Remplir cette section, le cas échéant.

| | |
|---|------------------------------------|
| 4. DÉSIGNATION DE TITULAIRE DE CONTRAT SUBSIDIAIRE | |
| Je révoque ou nous révoquons toutes les désignations précédentes de titulaire de contrat subsidiaire [titulaires subrogés] en vertu de ce contrat et, à mon décès ou à notre décès, désigne ou désignons toute personne mentionnée ci-dessous en tant que titulaire de ce contrat, si cette personne est toujours en vie. Sinon, la propriété de ce contrat sera automatiquement transférée à mes ayants droit ou nos ayants droit. | |
| Nom au complet – titulaire de contrat subsidiaire : | |
| Date de naissance (jj/mm/aaaa) : | Numéro d'assurance sociale (NAS) : |

Tiers

| | | |
|--|---|-----------------------|
| Tiers – individu | | |
| Nom du tiers (prénom, second prénom, nom de famille) | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | Numéro de téléphone |
| Adresse (numéro, rue et appartement) | | Ville ou municipalité |
| Province et pays | | Code postal |
| Lien avec la personne titulaire | Emploi (titre de poste et fonctions) – si vous ne travaillez pas actuellement veuillez indiquer votre ancien emploi | |

Si la titulaire ou le titulaire précédent, le nouveau titulaire ou la personne assurée est l'une ou l'un des payeurs, il ne s'agit pas d'un tiers.

Remplir la section si la payeuse ou le payeur est une personne autre que le titulaire précédent, le nouveau titulaire ou la personne assurée.

| | | |
|---|---|----------|
| Tiers – entreprise ou entité | | |
| Dénomination sociale complète | | |
| Adresse (numéro, rue et appartement) | Ville ou municipalité | Province |
| Numéro de téléphone | Code postal | Pays |
| Lien avec la personne titulaire | Nature de l'activité principale de l'entreprise | |
| Numéro de constitution ou d'enregistrement (le cas échéant) | Territoire de compétence ou pays de délivrance (le cas échéant) | |

Source Des Fonds

| | |
|---|--|
| 6. SOURCE DES FONDS | |
| Veuillez sélectionner toutes les options qui s'appliquent : | |
| <input type="checkbox"/> Salaire ou revenu gagné | <input type="checkbox"/> Revenu d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> Vente d'une propriété | <input type="checkbox"/> Fonds empruntés |
| <input type="checkbox"/> Dons | <input type="checkbox"/> Produit d'une prestation de décès ou de la succession |
| <input type="checkbox"/> Épargne des souscripteurs, proposant ou titulaires | <input type="checkbox"/> Autre : |

Cette section doit être remplie, car ces renseignements sont exigés par la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent (LBA) afin de pouvoir traiter la demande.

Objet Du Contrat

7. OBJET DU CONTRAT

Veillez choisir toutes les réponses qui s'appliquent (dans le cas de contrats d'assurance vie ou d'assurance maladies graves, veuillez choisir au moins une des options en caractères gras. Tous les contrats ne conviennent pas à toutes fins) :

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Épargne à court terme | <input type="checkbox"/> Retraite ou à long terme | <input type="checkbox"/> Protection d'entreprise ou d'une personne clé ou une convention de rachat |
| <input type="checkbox"/> Création d'un revenu | <input type="checkbox"/> Don | <input type="checkbox"/> Protection de revenu ou protection familiale |
| <input type="checkbox"/> Protection du patrimoine, d'un héritage ou d'un legs | <input type="checkbox"/> Assurance hypothécaire ou crédit | <input type="checkbox"/> Aux fins d'éducation |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | | |

Les renseignements de cette section sont également exigés par la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent. Si l'une des options en caractères gras n'est pas choisie, cela pourrait entraîner des conséquences fiscales.

Signatures

8. SIGNATURES

Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à jour, exacts et complets. J'aviserais l'Assurance vie Équitable dans un délai de 30 jours de tout changement relatif à ma résidence fiscale, à mon statut de citoyenneté américaine ou à tout numéro d'identification fiscal.

Signé à : _____ le _____ (ville) _____ (province) _____ (jour) _____ (mois) _____ (année)

Changement de titulaire - signatures requises :

| | |
|---|---|
| Signature des titulaires de contrat actuels | Signature des nouveaux titulaires de contrat |
| Signature du cessionnaire (le cas échéant) | Signature de toute personne bénéficiaire irrévocable (le cas échéant) |

Je renonce à tous mes droits en tant que bénéficiaire irrévocable et consensuel à la désignation d'une nouvelle personne bénéficiaire.

La titulaire actuelle ou le titulaire actuel signe sur cette ligne; s'il y a deux titulaires actuels, ils signent sur cette même ligne.

La nouvelle titulaire ou le nouveau titulaire signe sur cette ligne; s'il y a deux nouveaux titulaires, ils signent sur cette même ligne.

S'il y a un cessionnaire ou un cessionnaire, cette personne signe ici ou peut fournir une preuve de libération avec la demande de changement.

S'il y a plus d'une personne bénéficiaire irrévocable, elles doivent toutes signer sur cette ligne.

Déclaration Du Conseiller

9. DÉCLARATION DU CONSEILLER

À ma connaissance, les renseignements fournis sont complets et véridiques.

Signature du conseiller

Date (jj/mm/aaaa)

Code de conseiller

Nota : si vous possédez ce contrat, vous ne pouvez pas signer en tant que conseillère ou conseiller puisque vous ne pouvez pas vérifier votre propre identité conformément à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent. Le cas échéant, la présente déclaration doit être remplie par un autre conseiller agréé engagé par contrat.

La conseillère ou le conseiller doit signer ici.

Nota : si la conseillère ou le conseiller ou l'entreprise du conseiller est la titulaire ou le titulaire précédent