



DEMANDE DE RÉSERVATION DE CAPACITÉ DU CONSEILLER

Date : _____

Nom de la personne à assurer : _____

Date de naissance de la personne à assurer : _____ Sexe de la personne à assurer : _____

Nom - titulaire de contrat : _____

Régime ou produit proposé : _____

Somme assurée demandée : _____

Montant total d'assurance vie **en vigueur** auprès de toutes les compagnies : _____

Montant total d'assurance vie **en suspens** auprès de toutes les compagnies : _____

Montant total d'assurance vie **à mettre en place** auprès de toutes les compagnies : _____

Autres renseignements :

Veillez vous assurer que les renseignements ci-dessous sont complets et exacts.

Nom de la conseillère ou du conseiller : _____

AGG : _____

Gestionnaire régional(e) des ventes : _____

Veillez retourner le formulaire dûment rempli à la gestionnaire ou au gestionnaire de cas importants à l'adresse suivante : largecasemanager@equitable.ca.

Nous vous informerons de la capacité disponible. La réservation de capacité ne constitue pas une confirmation que le contrat sera établi. La demande fera l'objet d'une tarification.

Remarque : l'Assurance vie Équitable^{MD} ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Assurance vie Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient.