# Demandes d’illustration et de soumission d’assurance vie temporaire, d’assurance maladies graves et d’assurance vie entière

|  |  |
| --- | --- |
| **Numéro de contrat**  | **Nom de la ou du titulaire de contrat** |
| **Nom de la conseillère ou du conseiller** | **Numéro de téléphone du conseiller** | **Adresse courriel du conseiller** |

**Nota** :

* Les projections du point de prélèvement des primes sur les participations et des participations ne peuvent être fournies dans le cas des contrats d’assurance vie entière Protection finale puisqu’il s'agit de contrats sans participation.
* Certaines demandes, comme les demandes de soumission pour des réductions, des changements du statut tabagique, des avances sur contrat, des rachats de contrat ou des contrats tombés en déchéance, ainsi que certaines demandes concernant des contrats dont le numéro commence par « 000 », D2000 ou des contrats MetLife, pourraient être examinées par notre équipe d’établissement des tarifs, ce qui pourrait entraîner des délais de traitement supplémentaires.

## Demande d’une illustration d’assurance vie entière seulement – *veuillez indiquer vos choix et les renseignements appropriés :*

[ ]  **Illustration en vigueur\* ou projection des participations**

[ ]  **Prélèvement des primes sur les participations**

[ ]  **Illustration d’un PFI**

[ ]  **Illustration d’un PFI (sur la feuille de calcul Excel)**

[ ]  **Dépôt au titre de l’ODE**

* Saisir le montant personnalisé ou le montant du contrat G3       $

|  |
| --- |
| \* La prime au comptant sera en vigueur pendant toute la durée du contrat jusqu’à l’âge de 100 ans par défaut si le prélèvement des primes sur les participations n’a pas été choisi. |

## Demande de soumission d’assurance vie entière – *veuillez indiquer vos choix et les renseignements appropriés :*

[ ]  **Réduire le montant de la couverture de base à**  **$** pour

[ ]  **Réduire le montant de la prime à** **$** pour

[ ]  **Changement d’avenant –** doit être pour au montant de  $

[ ]  **Dépôt maximal au titre de l’ODE**

**\*\* Assurance vie sur une tête : assurance de base Équimax, Équimax 20 paiements – somme assurée minimale de 10 000 $ \*\***

**\*\* Assurance vie sur une tête : assurance Équimax, Équimax 20 paiements avec protection accrue – somme assurée minimale de 11 000 $ \*\***

**\*\* Assurance vie sur deux têtes : somme assurée minimale totale de 25 000 $ (comprenant tout montant de protection accrue) \*\***

## Soumission d’assurance vie temporaire seulement – *veuillez indiquer vos choix et les renseignements appropriés :*

[ ]  **Réduire le montant de la prime à** **$** pour

[ ]  **Réduire le montant de la couverture de base à**   **$** pour

[ ]  **Changement d’avenant –** doit être pour au montant de  $

## Soumission d’assurance maladies graves seulement – *veuillez indiquer vos choix et les renseignements appropriés :*

[ ]  **Réduire le montant de la couverture de base à**        **$** pour

[ ]  **Changement d’avenant –** doit être pour au montant de  $

[ ]  **Droit de modification (après le 11 février 2022)** de **TRT10** à

[ ]  **Droit de modification (après le 11 février 2022)** d’**uniforme jusqu’à l’âge de 75 ans** à

[ ]  **Droit de modification (après le 11 février 2022)** d’**uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans** à **20 paiements à vie**.

[ ]  **Droit de modification (avant le 12 février 2022)** de **TRT10** à

**\*\* Contrats établis avant le 12 février 2022 : renouvelable de 10 ans jusqu'à l'âge de 75 ans : minimum : 25 000 $. Uniforme jusqu'à l'âge de 75 ou 100 ans : minimum : 50 000 $ \*\***

**\*\* Contrats établis à compter du 12 février 2022 : minimum : 10 000 $. L’avenant de la garantie supplémentaire en cas de décès accidentel n’est pas offert \*\***

## Changements généraux – *veuillez indiquer vos choix et les renseignements appropriés :*

[ ]  **Assurance libérée réduite** (soumission uniquement)

[ ]  **Tarif changé** à  % :

[ ]  **Passage de personne fumeuse à personne non fumeuse :**

Statut tabagique de :

**Directives spéciales :**

**Pour soumettre une demande, envoyer la demande à l’adresse** **inforcelifemail@equitable.ca****.**

MC et MD indiquent respectivement une marque de commerce et une marque déposée de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.