



## DEMANDE DE TRANSFORMATION D'UNE ASSURANCE TEMPORAIRE

### Directives pour remplir ce formulaire :

Remplir chaque section au complet.

1. Vous devez répondre à toutes les questions, y compris cocher les cases « oui » ou « non ». Si vous cochez « oui », vous devez fournir des précisions.
2. Nous traiterons la transformation dès que nous l'aurons approuvée et que nous aurons reçu le paiement requis en ligne ou par chèque (paiement annuel) ou que le retrait sera effectué (paiement mensuel).
3. Nous devons recevoir une nouvelle illustration signée en utilisant la version actuelle du logiciel de l'Équitable, qui comprend la méthode de facturation prévue et toute surprime du contrat actuel avec ce formulaire. Nous établirons le contrat transformé en fonction de l'illustration signée soumise avec la proposition d'assurance.
4. Si vous n'indiquez aucune affectation des fonds sur l'illustration des ventes, le compte à intérêt quotidien sera l'option par défaut.
5. Si d'autres formulaires sont requis, vous devez les soumettre avec ce formulaire et l'illustration signée. À la section N° de contrat, vous devez indiquer : Demande de transformation d'une assurance temporaire du contrat numéro XXXXXXXX en date du jj/mm/aaaa.
6. Vous devez soumettre un formulaire distinct pour chaque personne assurée.
7. Si une cession ou une faillite existe au titre du contrat d'assurance temporaire actuel, une rétrocession, une libération de faillite ou une autorisation du cessionnaire est requise.
8. S'il y a une ou un bénéficiaire irrévocable au titre du contrat, une signature est requise.
9. Vous pourriez avoir à soumettre d'autres preuves d'identité ou à indiquer d'autres raisons.

Numéro du contrat d'assurance temporaire actuel à transformer : \_\_\_\_\_

Nom de la ou du titulaire de contrat : \_\_\_\_\_

Nom de la ou du cotitulaire de contrat : \_\_\_\_\_

La ou le cotitulaire du contrat transformé devra être la même personne que celle du contrat d'assurance temporaire actuel, sauf si vous soumettez le formulaire [Demande de changement de titulaire \(n° 671OCINDFR\)](#) avec ce formulaire.

**Bénéficiaire** : Chaque bénéficiaire d'un contrat transformé sera la même personne que celle du contrat d'assurance temporaire actuel, sauf si vous soumettez le formulaire [Demande de changement de désignation de bénéficiaire \(n° 671BCFER\)](#) avec ce formulaire.

**Emploi** (titre de poste et fonctions) – si vous ne travaillez pas actuellement, indiquez votre ancien emploi : \_\_\_\_\_

**Adresse courriel** : \_\_\_\_\_

**Date de naissance** : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Toutes les transformations doivent satisfaire aux minimums actuels exigés par le produit et être conformes aux lignes directrices relatives à la disponibilité du produit et des garanties. Pour tout montant d'assurance au-delà du montant qui peut être transformé ou pour les transformations d'un avenant pour enfants, vous devez remplir le formulaire complet Proposition d'assurance vie ou d'assurance maladies graves ([n° 350FR](#)).



## DEMANDE DE TRANSFORMATION D'UNE ASSURANCE TEMPORAIRE

Nom de la personne assurée (prénom, second prénom, nom de famille) : \_\_\_\_\_

Date de naissance de la personne assurée (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Tous les montants doivent satisfaire aux minimums exigés par le régime

Montant de la couverture d'assurance temporaire actuelle \_\_\_\_\_ (A)

Montant de la couverture d'assurance temporaire qui doit être transformée  
(doit correspondre à celui de l'illustration signée soumise) \_\_\_\_\_ (B)

Montant de la couverture d'assurance vie temporaire qui doit être reporté  
à un nouvel avenant d'assurance temporaire\* \_\_\_\_\_ (C)

Montant de la couverture d'assurance temporaire actuelle qui doit demeurer au titre  
du contrat ou de l'avenant d'assurance temporaire original \_\_\_\_\_ (D)

Montant de la couverture d'assurance temporaire actuelle qui doit être annulée \_\_\_\_\_ (E)

(A) doit correspondre à (B) + (C) + (D) + (E)

\* **Note** : il est possible de reporter un avenant d'assurance temporaire correspondant à la somme assurée maximale de la couverture permanente à l'âge atteint et aux taux actuels (sous réserve des règles administratives). Un avenant d'assurance vie temporaire qui dépasse la somme assurée de la couverture permanente est sous réserve de la tarification et il faudra remplir le formulaire n° 350FR.

### 1. Options de transformation admissibles

Type de contrat actuel	Transformable en	Notes
assurance temporaire	assurance vie entière avec participation Équimax <sup>MD</sup> assurance vie universelle Génération de l'Équitable <sup>MD</sup>	Le contrat doit être transformé en un contrat ayant le même type de couverture (p. ex., une assurance vie conjointe en une assurance vie conjointe, une assurance vie sur une tête en une assurance vie sur une tête). Il est possible de reporter l'avenant de protection pour enfants (s'il y a lieu).

**Note** : Aucuns frais ne sont imputés pour le traitement de la transformation. Des frais de 50 \$ s'appliqueront pour annuler la transformation. Il est possible d'annuler la transformation dans un délai de 21 jours ouvrables à compter de la date d'établissement du contrat transformé.

#### A. Renseignements sur la couverture au titre du contrat transformé

Souhaitez-vous antidater ce contrat?  Non  Conserver l'âge  Mois précis \_\_\_\_\_

La date demandée pour antidater le contrat se produira à l'anniversaire contractuel mensuel pour le contrat transformé.

Vous pouvez antidater les transformations jusqu'à 364 jours dans le cas des régimes d'assurance vie universelle et d'assurance vie entière.

**Note** : nous prélèverons toutes les primes une seule fois pour la période antidatée.

#### B. Options de paiement

**Note** : si une date de débit ultérieure est requise, nous ne traiterons pas la demande avant la date de débit.

**Note** : la date de débit demeure la même que celle du contrat d'assurance temporaire actuel, sauf s'il s'agit de l'assurance vie universelle puisqu'elle correspondra à la date de l'anniversaire mensuel.

Annuel (chèque ou paiement en ligne)  Mensuel (utiliser le débit préautorisé actuel pour le contrat d'assurance temporaire actuel)  
(le paiement de la prime annuel doit être fourni pour effectuer la transformation.)

Il faut soumettre les nouveaux renseignements bancaires en joignant le formulaire [Service de débit préautorisé \(DPA\) \(n° 378FR\)](#) dûment rempli.

Si la payeuse ou le payeur n'est pas la personne titulaire, soumettez le formulaire [Renseignements sur le tiers \(n° 31FR\)](#).



## DEMANDE DE TRANSFORMATION D'UNE ASSURANCE TEMPORAIRE

### 2. Source des fonds (Cochez toutes les options qui s'appliquent)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Salaire ou revenu gagné                               | <input type="checkbox"/> Épargne des proposant, souscripteurs ou titulaires |
| <input type="checkbox"/> Produit d'une prestation de décès ou d'une succession | <input type="checkbox"/> Vente d'une propriété                              |
| <input type="checkbox"/> Revenu d'entreprise                                   | <input type="checkbox"/> Fonds étrangers (immobilier, revenu)               |
| <input type="checkbox"/> Dons  | <input type="checkbox"/> Fonds empruntés                                    |
| <input type="checkbox"/> Membre de la famille                                  |   |
| <input type="checkbox"/> Autre _____   |   |

### 3. Objet du contrat transformé

Veuillez indiquer la ou les raisons évoquées par la cliente ou le client pour la souscription de ce contrat transformé, (Sélectionnez 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 épargne à long terme                            |
| <input type="checkbox"/> <b>Protection d'entreprise ou d'une personne clé ou convention de rachat</b> |  |
| <input type="checkbox"/> Création d'un revenu   | <input type="checkbox"/> Don   |
| <input type="checkbox"/> <b>Protection de revenu ou protection familiale</b>                          | <input type="checkbox"/> <b>Protection du patrimoine, d'un héritage ou d'un legs</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Assurance hypothécaire ou crédit</b>                                      | <input type="checkbox"/> Aux fins d'éducation  |
| <input type="checkbox"/> Autre _____  |  |

### 4. Tiers (à remplir pour toutes les propositions)

En soumettant cette demande :

- a) la ou le titulaire représente les intérêts d'un tiers, ou  
b) une personne autorisée en vertu d'un document de procuration agit au nom du titulaire.

Oui  Non

Des exemples de titulaire représentant les intérêts d'un tiers comprennent toute personne ou entité (autre que la ou le titulaire ou la personne assurée) qui :

- a une participation financière au titre du contrat;
- effectue des dépôts au titre du contrat;
- a accès à la valeur du contrat ou peut l'utiliser;
- envisage de transférer le contrat au cours des deux prochaines années.

Si vous avez répondu « oui » à la question ci-dessus, remplissez la section Tiers – individu ou Tiers – entreprise ou entité, selon le cas, du formulaire [Renseignements sur le tiers n° 31FR](#).



## DEMANDE DE TRANSFORMATION D'UNE ASSURANCE TEMPORAIRE

### 5a. Vérification de l'identité du titulaire de contrat (Veuillez utiliser le formulaire Renseignements sur l'entreprise (n° 594FR), s'il s'agit d'une société par actions ou d'une entité commerciale.)

Sélectionnez l'une des trois options de vérification de l'identité :

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille) \_\_\_\_\_

1.  Je, titulaire, consens à ce que l'Équitable<sup>MD</sup> vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services et communique les résultats avec ma conseillère ou mon conseiller aux fins de conformité à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent.
2.  À titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la ou le titulaire, j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire. Précisez :

Vous devez 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.

Type de pièce d'identité	Numéro d'identification	Territoire de compétence ou pays de délivrance	Date d'expiration (jj/mmm/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](http://www.equitable.ca/aller/autre-identite) pour tout autre renseignement sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité.

3.  À titre de conseillère ou de 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. Précisez :

Catégorie*	Type de document	Émetteur du document	Numéro du document ou du compte	Date du document ou d'expiration (jj/mmm/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.

\*\* Indiquez la date d'expiration, s'il y a lieu, sinon la date de délivrance.

### 5b. Déclaration du proposant ou titulaire

**Titulaire de contrat : cochez toutes les options qui vous concernent.**

- Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt :  
fournissez votre numéro d'assurance sociale (NAS) : \_\_\_\_\_
- Je suis résidente ou résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyenne ou citoyen des États-Unis : fournissez le numéro d'identification fiscale 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 équivalent fonctionnel \_\_\_\_\_

Si vous ne possédez pas de NIF ou d'équivalent fonctionnel pour un territoire de compétence en particulier, choisissez 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 résidence n'émet pas de NIF à ses résidents
- autre raison : \_\_\_\_\_



## DEMANDE DE TRANSFORMATION D'UNE ASSURANCE TEMPORAIRE

### 6a. Vérification de l'identité des cotitulaires (Utilisez le formulaire Renseignements sur l'entreprise (no 594FR), s'il s'agit d'une société par actions ou d'une entité commerciale.)

Sélectionnez l'une des trois options de vérification de l'identité :

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille) \_\_\_\_\_

1.  Je, titulaire, consens à ce que l'Équitable<sup>MD</sup> vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services et communique les résultats avec ma conseillère ou mon conseiller aux fins de conformité à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent.
2.  À titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la ou le titulaire, j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire. Précisez :

Vous devez 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.

Type de pièce d'identité	Numéro d'identification	Territoire de compétence ou pays de délivrance	Date d'expiration (jj/mmm/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](http://www.equitable.ca/aller/autre-identite) pour tout autre renseignement sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité.

3.  À titre de conseillère ou de 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. Précisez :

Catégorie*	Type de document	Émetteur du document	Numéro du document ou du compte	Date du document ou d'expiration (jj/mmm/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.

\*\* Indiquez la date d'expiration, s'il y a lieu, sinon la date de délivrance.

### 6b. Déclaration du coproposant ou cotulaire

**Titulaire de contrat : cochez toutes les options qui vous concernent.**

- Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt :  
fournissez votre numéro d'assurance sociale (NAS) : \_\_\_\_\_
- Je suis résidente ou résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyenne ou citoyen des États-Unis : fournissez le numéro d'identification fiscale 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 équivalent fonctionnel \_\_\_\_\_

Si vous ne possédez pas de NIF ou d'équivalent fonctionnel pour un territoire de compétence en particulier, choisissez 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 résidence n'émet pas de NIF à ses résidents
- autre raison : \_\_\_\_\_



## DEMANDE DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

### 7. Postes politiques (dans le cas des contrats d'assurance vie universelle, d'assurance vie entière ou non enregistrés seulement)

Utilisez cette section si la payeuse ou le payeur devient une personne politiquement exposée, si un dépôt est égal ou supérieur à 100 000 \$ ou si on vous a demandé de remplir cette section.

Aux fins de cette question :

- Le terme « **payeuse** » ou « **payeur** » s'entend de la personne qui effectue les paiements au titre du contrat.
- Le terme « **membre de la famille** » s'entend de la conjointe ou du conjoint, de l'ex-conjointe ou de l'ex-conjoint, de la sœur, du frère, du parent, de la belle-mère ou du beau-père, ou encore de l'enfant biologique ou de l'enfant adopté
- Le terme « **proche collaboratrice** » ou « **proche collaborateur** » s'entend d'une personne étroitement liée au payeur pour des raisons personnelles ou commerciales.
- Le terme « **conjointe** » ou « **conjoint** » s'entend du conjoint ou du conjoint de fait.
- Le terme « **ex-conjointe** » ou « **ex-conjoint** » s'entend de l'ex-conjoint ou de l'ex-conjoint de fait.

Le payeur ou l'un des proches collaborateurs occupe-t-il, ou a-t-il déjà occupé, l'un des postes indiqués ci-dessous?

Non  Oui; OU

Le payeur est-il un membre de la famille d'une personne qui occupe ou a déjà occupé l'un des postes ci-dessous?

Non  Oui

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, cochez le poste approprié.

#### Postes occupés au Canada ou dans un autre pays

Note : pour les postes occupés au Canada, indiquez seulement les postes occupés au cours des cinq dernières années. Pour tous les autres pays, indiquez tous les postes déjà occupés.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cheffe ou chef d'État ou du gouvernement (y compris gouverneur général ou lieutenant-gouverneur)   | <input type="checkbox"/> Cheffe ou chef d'un organisme international établi par les gouvernements des pays ou chef d'une institution de cet organisme (veuillez l'indiquer seulement si le poste a été occupé au cours des cinq dernières années) |
| <input type="checkbox"/> Présidente ou président d'une société ou d'une banque d'État (y compris une société entièrement détenue par un gouvernement fédéral ou provincial).              | <input type="checkbox"/> Commissaire (ou équivalent)  |
| <input type="checkbox"/> Membre du conseil exécutif de gouvernement ou membre d'une assemblée législative (y compris du sénat, de la Chambre des communes ou d'une assemblée provinciale) | <input type="checkbox"/> Cheffe ou chef ou encore présidente ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative   |
| <input type="checkbox"/> Cheffe ou chef d'une agence gouvernementale  | <input type="checkbox"/> Ambassadrice ou ambassadeur, attachée ou attaché, ou encore conseillère ou conseiller d'une ambassadrice ou d'un ambassadeur   |
| <input type="checkbox"/> Juge (au Canada, doit être juge d'une cour d'appel)  | <input type="checkbox"/> Officière ou officier ayant le rang de général ou un rang supérieur  |
|   | <input type="checkbox"/> Maire ou mairesse d'une municipalité canadienne (ne comprend pas les maires dans d'autres pays que le Canada)  |

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, indiquez les renseignements suivants :

Quel est le nom de la personne qui occupe ou qui occupait ce poste?

Quel est le titre du poste occupé?

Poste occupé de : \_\_\_\_\_  
(première année) à (dernière année)

Dans quel pays ce poste a-t-il été occupé?

Auprès de quelle organisation, quel gouvernement ou institution ce poste a-t-il été occupé?

Comment cette personne est-elle liée à la payeuse ou au payeur?

- La personne est la payeuse ou le payeur  
 Membre de la famille (lien) : \_\_\_\_\_  
 Proche collaboratrice ou proche collaborateur (lien) : \_\_\_\_\_

Quelle est la source du patrimoine de la payeuse ou du payeur (choisissez toutes les réponses qui s'appliquent) :

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salaire ou revenu gagné                          | <input type="checkbox"/> Revenu d'entreprise | <input type="checkbox"/> Héritage |
| <input type="checkbox"/> Revenu de la propriété ou portefeuille d'actions | <input type="checkbox"/> Revenu de placement | <input type="checkbox"/> Loterie  |
| <input type="checkbox"/> Autre _____                                      |  |                                   |



## DEMANDE DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

### 8. Déclaration, reconnaissance, entente et autorisation

1. Dans le cas des contrats conjoints, les termes « je », « me », « ma », « mon » et « mes » renvoient aux deux titulaires du contrat.
2. J'ai reçu les renseignements de ma conseillère ou de mon conseiller concernant la transformation de mon contrat d'assurance vie temporaire actuel en un contrat d'assurance vie permanente et les options qui me sont offertes. J'ai passé en revue l'illustration de mon contrat transformé annexée au présent formulaire. Ma signature sur cette illustration et la présente demande consiste en mon autorisation à transformer mon contrat d'assurance vie temporaire actuel. J'autorise l'Équitable à utiliser la couverture, le mode d'affectation des participations, le type de prime ainsi que l'affectation de placement et du compte auxiliaire choisis, comme indiqué dans l'illustration ci-jointe. Je conviens que mon contrat transformé sera établi en conséquence.
3. Si je ne retourne pas le contrat transformé à l'Équitable dans les 21 jours après qu'il m'ait été livré, cela signifiera que je l'ai accepté. La transformation de mon contrat d'assurance temporaire actuel en un contrat transformé sera définitive.
4. J'autorise et j'accepte que l'Équitable, ses agents et ses réassureurs recueillent, utilisent, conservent et divulguent tous les renseignements nécessaires à l'administration de mon contrat transformé. Je comprends que la politique sur la vie privée de l'Équitable est disponible au [www.equitable.ca/fr](http://www.equitable.ca/fr). J'autorise l'Équitable à utiliser mon numéro d'assurance sociale ou autre numéro d'identification fiscale à des fins de déclaration d'impôt et d'identification.
5. Je comprends que l'Équitable se fie à l'exactitude des renseignements sur la demande qu'elle détient concernant mon contrat d'assurance vie temporaire actuel. Si j'ai fait une fausse déclaration importante au moment de présenter ma demande concernant mon contrat d'assurance vie temporaire actuel, l'Équitable pourrait annuler le contrat transformé. Je déclare que tous les renseignements fournis dans la présente demande sont à jour, exacts et complets. Dans le cas des contrats d'assurance vie universelle et d'assurance vie entière, j'aviserai l'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 fiscale.
6. Je conviens et demande que la ou le titulaire la désignation de bénéficiaire et toute désignation de fiduciaire indiquées dans les dossiers de l'Équitable à la date de la transformation en vertu du contrat d'assurance vie temporaire actuel demeurent les mêmes en vertu du contrat transformé. Pour changer ces désignations, je dois remplir, signer et soumettre un formulaire de changement de bénéficiaire ou de titulaire.
7. J'autorise l'Équitable à prélever la nouvelle prime et tous les paiements au titre de l'option de dépôt Excélérateur (ODE), selon les indications de l'illustration du contrat transformé et je comprends que le montant pourrait être plus ou moins élevé que ma prime actuelle du contrat d'assurance vie temporaire actuel. Je renonce à mon droit de préavis avant que le débit ne soit effectué et mon droit de préavis de changement du montant de débit automatique. Les conditions de mon entente de service de débit préautorisé s'appliquent au contrat transformé. Je reconnais que tout paiement au titre de l'ODE sera prélevé à la même date que celle de la prime, sauf si je demande par écrit à l'Équitable de reporter le paiement au titre de l'ODE.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.  
(ville) (province) (jour) (mois)

Signature du titulaire	
Nom de la ou du cotitulaire (s'il y a lieu)	
Signature du bénéficiaire irrévocable	
Signature du cessionnaire	

\* S'il s'agit d'un contrat d'assurance vie conjointe, tous les titulaires doivent signer.



## DEMANDE DE TRANSFORMATION D'UNE ASSURANCE TEMPORAIRE

### 9. Renseignements sur le conseiller

\_\_\_\_\_  
Nom de l'AGG et adresse courriel

\_\_\_\_\_  
Numéro de l'AGG

\_\_\_\_\_  
Nom de la conseillère ou du conseiller (assurant le service)

\_\_\_\_\_  
Numéro de la conseillère ou du conseiller

\_\_\_\_\_  
Commissions en pourcentage

\_\_\_\_\_  
Nom de la conseillère ou du conseiller

\_\_\_\_\_  
Numéro de la conseillère ou du conseiller

\_\_\_\_\_  
Commissions en pourcentage

\_\_\_\_\_  
Courriel de la conseillère ou du conseiller (assurant le service)

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone de la conseillère ou du conseiller

Avez-vous un lien de parenté avec la ou le titulaire de contrat?  Oui  Non

Si la réponse est « oui », précisez :

\_\_\_\_\_  
J'ai fourni les renseignements suivants à la ou au titulaire du contrat : a) la ou les compagnies que je représente b) le fait que je reçoive une rémunération (y compris les commissions) pour la vente de produits d'assurance vie et d'assurance maladie complémentaire c) le fait que je puisse recevoir une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, de conférences ou d'autres incitatifs et d) tout conflit d'intérêts actuel ou potentiel concernant cette opération.

\_\_\_\_\_  
Signature du conseiller

\_\_\_\_\_  
Signé à

\_\_\_\_\_  
Date

**Remarque :** L'Équitable 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'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. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, communiquez avec nous au 1 800 668-6615.