

# Guide pour remplir le formulaire Demande de changement de titulaire (n° 6710CFR) pour une société

Le changement de titulaire consiste à changer la 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 :		Toute personne titulaire de contrat, actuelle :	
N° de contrat :	N° de contrat :	N° de contrat :	N° de contrat :
Ce changement de titulaire est-il effectué en raison d'une modification du contrat? <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 toute nouvelle personne 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-dessus.			
Si la désignation de bénéficiaire est révoquée, ce transfert de propriété annule la désignation de bénéficiaire existante. Les nouveaux titulaires de contrat devront remplir le formulaire <a href="#">Demande de changement de désignation de bénéficiaire (n° 671BCFFR)</a> , 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 <a href="#">Renseignements sur l'entreprise (n° 594FR)</a> .			
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.			

Sélectionner l'une des options pour indiquer à quel contrat la modification s'applique.

## Changement de titulaire

<b>1a. NOUVEAU TITULAIRE PRINCIPAL</b>					
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 :			Adresse courriel :		
Numéro d'assurance sociale (NAS) :		Emploi (titre de poste et fonctions) – si vous ne travaillez pas actuellement, veuillez indiquer votre ancien emploi :			
<b>Veuillez sélectionner l'une des trois options de vérification de l'identité :</b>					
<b>Vérification de l'identité :</b> 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.					
<input type="checkbox"/> 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. 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 <a href="http://www.equitable.ca/aller/autre-identite">www.equitable.ca/aller/autre-identite</a> pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité.					
<input 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.					
<input type="checkbox"/> Je, personne titulaire, consens à ce que l'Équitable <sup>AD</sup> 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.					

Ne saisir que le nom et l'adresse de la société ou de l'entité.

Pour les contrats d'assurance vie entière et d'assurance vie universelle. Cette section n'a pas à être remplie puisque les renseignements sont recueillis dans le formulaire Renseignements sur l'entreprise (n° 594FR).

1b. NOUVEAU COTITULAIRE					
S'il devait y avoir une nouvelle ou un nouveau cotitulaire, veuillez fournir les renseignements ci-dessous :					
Nouvelle ou nouveau cotitulaire de contrat :			Date de naissance (jj/mm/aaaa) :		
Adresse (rue, ville, code postal) :					
Numéro de téléphone :			Adresse courriel :		
Numéro d'assurance sociale (NAS) :		Emploi (titre de poste et fonctions) – si vous ne travaillez pas actuellement, veuillez indiquer votre ancien emploi :			
<b>Veillez sélectionner l'une des trois options de vérification de l'identité :</b>					
<b>Vérification de l'identité :</b> 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.					
<input type="radio"/> 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. 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 <a href="http://www.equitable.ca/aller/autre-identite">www.equitable.ca/aller/autre-identite</a> pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité.					
<input type="radio"/> 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 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)
* <b>Catégorie A</b> – nom et adresse, <b>catégorie B</b> – nom et date de naissance, <b>catégorie C</b> – nom et renseignements sur le compte. ** <b>Indiquer la date d'expiration le cas échéant, sinon la date de délivrance</b>					
<input type="radio"/> Je, cotitulaire, consens à ce que l'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.					

Ne saisir que le nom et l'adresse de la société ou de l'entité.

Pour les contrats d'assurance vie entière et d'assurance vie universelle. Cette section n'a pas à être remplie puisque les renseignements sont recueillis dans le formulaire Renseignements sur l'entreprise (n° 594FR).

## Considérations fiscales

2. CONSIDÉRATIONS FISCALES (NE S'APPLIQUENT PAS AUX CONTRATS D'ASSURANCE MALADIES GRAVES)	
<b>Nota :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les renseignements de la présente section sont requis afin de déterminer les conséquences fiscales d'un changement de titulaire.</li> <li>• Pour obtenir des renseignements à savoir si les personnes ou les entités sont apparentées aux fins de l'impôt, veuillez consulter votre fiscaliste.</li> <li>• Si la personne titulaire actuelle est décédée et qu'aucun titulaire successeur ou subrogé n'a été désigné, passer à la question intitulée « Raison du changement de titulaire ».</li> </ul>	
<b>Transferts entre personnes</b>	
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

Pour les modifications apportées à la structure de la société, il n'est pas nécessaire d'indiquer des renseignements à cette section.

2. CONSIDÉRATIONS FISCALES (NE S'APPLIQUENT PAS AUX CONTRATS D'ASSURANCE MALADIES GRAVES) (SUITE)	
<b>Transferts impliquant une société, une fiducie ou une autre entité</b> Si le transfert implique une société, une fiducie ou une autre entité, veuillez indiquer ci-dessous le lien de la titulaire ou du titulaire de contrat actuel 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 société 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
<b>Raison du changement de titulaire (choisir l'une des options suivantes) :</b>	
<input type="checkbox"/> Décès de la titulaire ou du titulaire actuel	
<input type="checkbox"/> Transfert du contrat en règlement des droits découlant du mariage ou de l'union de fait ou de son échec	
<input type="checkbox"/> Liquidation de la société	
<input type="checkbox"/> Fusion de sociétés	
<input type="checkbox"/> Distribution d'une fiducie à un bénéficiaire ou un bénéficiaire de capital d'une fiducie	
<input type="checkbox"/> Don à une œuvre de bienfaisance enregistrée	
<input type="checkbox"/> Aucune de ces options	
<b>Contrepartie versée à la titulaire ou au titulaire actuel par le nouveau titulaire</b> Quelle est la somme d'argent de la contrepartie versée (s'il y a lieu) par le nouveau titulaire à la titulaire ou au titulaire actuel ? _____ \$	

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 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 autres raisons.

Si aucune contrepartie n'a été exigée en échange du changement de titulaire, indiquer « 0 ». Ne pas indiquer la somme assurée du contrat.

## Déclaration de la résidence fiscale

3. DÉCLARATION DE LA RÉSIDENCE FISCALE (ASSURANCE VIE UNIVERSELLE, ASSURANCE VIE ENTIÈRE)	
<b>Nouvelle ou nouveau titulaire de contrat :</b> veuillez choisir toutes les options qui vous concernent.	
<input type="checkbox"/> Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt	
<input type="checkbox"/> 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 : _____	
<input type="checkbox"/> 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 :	
<input type="checkbox"/> a) Je ferai la demande ou j'ai fait la demande d'un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu.	
<input type="checkbox"/> b) Mon territoire de compétence de résidence n'émet pas de NIF à ses résidents.	
<input type="checkbox"/> Autre raison : _____	
Nouvelle ou nouveau cotitulaire de contrat : veuillez choisir toutes les options qui vous concernent.	
<input type="checkbox"/> Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt.	
<input type="checkbox"/> 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 : _____	
<input type="checkbox"/> 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 :	
<input type="checkbox"/> a) Je ferai la demande ou j'ai fait la demande d'un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu.	
<input type="checkbox"/> b) Mon territoire de compétence de résidence n'émet pas de NIF à ses résidents.	
<input type="checkbox"/> Autre raison : _____	

Il n'est pas nécessaire de remplir cette section puisque les renseignements sont demandés dans le formulaire Renseignements sur l'entreprise (n° 594FR)

## Désignation de titulaire de contrat subsidiaire

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 :	Numéro d'assurance sociale (NAS) :
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	Adresse courriel :

Sans objet si le nouveau titulaire est une société par actions ou une entité.

## Tiers

5. TIERS		
<b>La ou le titulaire de contrat agit-il au nom d'un tiers?</b>		
Votre réponse doit être affirmative dans le cas où une personne autre que le titulaire ou la personne assurée ou rentière acquitte ou acquittera la prime, ou encore a ou aura une participation financière au titre de ce contrat. Par exemple, un mandataire qui signe au nom d'un titulaire, une personne autre que ce dernier ou que la personne assurée ou rentière qui paie les primes ou une société qui fait usage ou accède aux valeurs du contrat.		
<input type="checkbox"/> Non (S'il s'agit de la personne titulaire ou assurée) Dans la négative, veuillez continuer à la section 6 intitulée « Source des fonds ».		
<input type="checkbox"/> Oui (S'il s'agit d'une personne autre que la personne titulaire ou assurée) Dans l'affirmative, veuillez remplir la section pertinente, soit la section Tiers – individu ou Tiers – entreprise ou entité.		
Type de tiers (en choisir un et joindre toute documentation légale applicable)		
<input type="checkbox"/> payeur <input type="checkbox"/> fiduciaire <input type="checkbox"/> exécuteur <input type="checkbox"/> garant ou cessionnaire <input type="checkbox"/> mandataire par procuration <input type="checkbox"/> autre (veuillez préciser) : _____		
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	
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)	

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

## 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"/> Vente d'une propriété <input type="checkbox"/> Dons <input type="checkbox"/> Épargne des souscripteurs, proposant ou titulaires	<input type="checkbox"/> Revenu d'entreprise <input type="checkbox"/> Fonds empruntés <input type="checkbox"/> Produit d'une prestation de décès ou de la succession <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

<b>7. OBJET DU CONTRAT</b>		
Veuillez 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 <b>options</b> 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"/> <b>Protection d'entreprise ou d'une personne clé ou une 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 _____		

Cette section est requise par la législation relative à la LBA. Si l'une des options en caractères gras n'est pas choisie, cela pourrait entraîner des conséquences fiscales.

## Signatures

<b>8. SIGNATURES</b>	
Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à jour, exacts et complets. J'aviserai 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 : _____ (ville) (province) le (jour) (mois) (année)	
<b>Changement de titulaire - signatures requises :</b>	
Signature du titulaire de contrat actuel _____	Signature du cotitulaire de contrat actuel _____
Signature du nouveau titulaire de contrat _____	Signature du nouveau cotitulaire de contrat _____
Signature du cessionnaire (le cas échéant) _____	Signature de toute personne bénéficiaire irrévocable (le cas échéant) <small>Je renonce à tous mes droits en tant que bénéficiaire irrévocable et consens à la désignation d'une nouvelle personne bénéficiaire.</small>

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

## Déclaration du conseiller

<b>9. DÉCLARATION DU CONSEILLER</b>		
À ma connaissance, les renseignements fournis sont complets et véridiques.		
_____ Signature du conseiller	_____ Date (jj/mm/aaaa)	_____ Code de conseiller
<small>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.</small>		

La conseillère ou le conseiller doit signer ici.

**Note :** si la conseillère ou le conseiller ou l'entreprise du conseiller est la ou le titulaire précédent ou nouveau, un autre conseiller de l'Équitable doit signer et indiquer son code de conseiller.