



DEMANDE DE CHANGEMENT DE NOM

Toute personne assurée ou toute personne rentière :		Toute personne titulaire de contrat :	
N° de contrat :	N° de contrat :	N° de contrat :	

1. CHANGEMENT DE NOM (À utiliser seulement dans le cas d'un changement du nom légal)

Nouveau nom :	Ancien nom :
<input type="checkbox"/> Titulaire de contrat <input type="checkbox"/> Personne assurée, rentier ou rentière <input type="checkbox"/> Cessionnaire (individu) <input type="checkbox"/> Bénéficiaire <input type="checkbox"/> Bénéficiaire subsidiaire <input type="checkbox"/> Payeuse ou payeur	
Raison du changement de nom : <input type="checkbox"/> Mariage (préciser la date) : _____ <input type="checkbox"/> Divorce (une copie d'une pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement canadien indiquant le changement de nom, p. ex. permis de conduire ou passeport) <input type="checkbox"/> Autre (joindre une copie notariée des documents juridiques)	

2. SIGNATURES

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.

J'autorise l'Assurance vie Équitable à accéder à mon profil Accès à la clientèle de l'Équitable et à effectuer tout changement de nom de la personne titulaire de contrat, le cas échéant.

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

Changement de nom – signatures requises :

Signature du titulaire de contrat

Signature du titulaire de contrat supplémentaire

Signature de la personne qui a changé de nom (si autre que le titulaire de contrat)

Signature du conseiller ou du témoin

3. DIRECTIVES RELATIVES AUX CHANGEMENTS DE NOM

1. Veuillez vous assurer que tous les renseignements sont inscrits clairement et lisiblement sur le formulaire.
2. Le présent formulaire peut être utilisé pour effectuer des changements identiques à plus d'un contrat si toute personne assurée ou rentière et toute personne titulaire sont les mêmes au titre de chaque contrat.
3. Si la personne assurée est mineure, le formulaire doit être signé par un parent, ou encore une tutrice ou tuteur.
4. Exigences relatives aux signatures lorsque le formulaire est rempli par une personne autorisée provenant de l'une des entités suivantes :
 - une société par actions : le nom au complet de la société par actions doit être inscrit en lettres moulées ainsi que le nom et le titre de la personne signataire autorisée.
 - un partenariat ou un cabinet : le nom au complet du partenariat ou du cabinet doit être inscrit en lettres moulées avec les signatures de tous les partenaires.
 - une entreprise à propriétaire unique : le propriétaire unique doit signer le formulaire et inscrire son nom à côté de la signature.
5. La titulaire ou le titulaire de contrat devrait apposer ses initiales pour toutes les corrections apportées au présent formulaire.

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.

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. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.