



## DEMANDE DE RÉSILIATION

### Avant de signer... pensez à ces faits :

1. Votre contrat d'assurance vie est un actif de grande valeur et constitue une part importante de votre sécurité économique pour l'avenir.
2. Le fait de remplir ce formulaire entraînera la perte de cet actif et de la sécurité économique qu'il vous procure ainsi qu'à vos personnes à charge, et des conséquences fiscales.
3. Si vous avez besoin d'argent comptant – notre option d'avance sur contrat (si offerte) pourrait vous être utile.
4. Si votre régime ne convient plus à vos besoins – nous pouvons vous proposer des modifications qui vous seront d'un réel avantage.  
Nous pourrions être en mesure d'augmenter vos garanties ou de diminuer vos primes.
5. Afin d'accélérer le processus, veuillez faire parvenir le présent formulaire à votre conseillère ou conseiller, ou encore à votre agente ou agent de service, pour qu'il puisse le soumettre à notre siège social.

### Demande de résiliation (instructions et libération)

Je, \_\_\_\_\_, la ou le titulaire nommé dans ce contrat portant le numéro \_\_\_\_\_ (le « contrat ») ai étudié attentivement les faits ci-dessus, et ai bien compris les avantages qui me sont offerts en rajustant ce contrat d'assurance au lieu de le racheter, et demande maintenant à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (la « Compagnie ») de résilier le contrat et d'en verser la valeur de rachat actuelle, comme indiqué ci-dessous. Je comprends que je ne bénéficierai plus d'une couverture ni de garanties en vertu du contrat et je libère et décharge la « Compagnie » de toute réclamation et de toute demande liées au contrat.

Fait à \_\_\_\_\_  
ville province le jour mois année

Signature du titulaire \_\_\_\_\_ Signature du cotitulaire \_\_\_\_\_

\* Numéro d'assurance sociale du titulaire \_\_\_\_\_ \* Numéro d'assurance sociale du cotitulaire \_\_\_\_\_

**Si ce contrat fait l'objet d'une cession, veuillez soumettre une lettre de renonciation de la part du cessionnaire.**

\*\* Je soussignée ou soussigné, \_\_\_\_\_, la ou le bénéficiaire privilégié ou irrévocable en vertu du contrat, consens et conviens, par la présente, à la résiliation du contrat et au versement de sa valeur de rachat selon les directives ci-dessus. Je comprends parfaitement que je ne bénéficierai plus d'une couverture ni de garanties en vertu du contrat. Je certifie que j'ai atteint l'âge de la majorité.

\*\* Signature du bénéficiaire \_\_\_\_\_

### VEUILLEZ IMMÉDIATEMENT DÉTRUIRE LE CONTRAT

#### (le cas échéant)

Nom du conseiller : \_\_\_\_\_

Signature du conseiller : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\* Conformément à l'article 237 de la *Loi de l'impôt sur le revenu*, nous devons dorénavant soumettre un numéro d'assurance sociale (NAS) sur toutes les déclarations fiscales. Selon l'article 162 (5), (6) et (7), une pénalité de 100 \$ pourrait vous être exigée si un NAS n'est pas fourni. \*\* La signature de la bénéficiaire ou du bénéficiaire si privilégié ou irrévocable est requise.

**Remarque :** L'Équitable<sup>MD</sup> 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, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.