



## DEMANDE DE MODIFICATION EN VERTU DES RÈGLES G3

Demande de modification pour le contrat numéro : \_\_\_\_\_ Toute personne titulaire : \_\_\_\_\_

Toute personne assurée : \_\_\_\_\_ Adresse de la personne titulaire : \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone de la personne titulaire : \_\_\_\_\_

Adresse courriel de la personne titulaire : \_\_\_\_\_

Pays de naissance de la personne titulaire : \_\_\_\_\_

### INSCRIVEZ-VOUS AU SITE ACCÈS À LA CLIENTÈLE DE L'ÉQUITABLE!

Visualisez les renseignements sur votre compte en ligne jour et nuit. Veuillez communiquer avec l'Équitable<sup>MD</sup> pour obtenir de l'aide pour établir votre accès à notre site sécurisé Accès à la clientèle de l'Équitable.

### OBJET DU CONTRAT (obligatoire pour toutes les modifications du contrat)

#### Veuillez indiquer l'objet du contrat :

- |                                                |                                                           |                                                                                                |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Épargne à court terme | <input type="checkbox"/> Retraite ou épargne à long terme | <input type="checkbox"/> Protection d'entreprise ou d'une personne clé ou convention de rachat |
| <input type="checkbox"/> Création d'un revenu  | <input type="checkbox"/> Aux fins d'éducation             | <input type="checkbox"/> Protection du patrimoine, d'un héritage ou d'un legs                  |
| <input type="checkbox"/> Don                   | <input type="checkbox"/> Assurance hypothécaire ou crédit | <input type="checkbox"/> Protection de revenu ou protection familiale                          |
| <input type="checkbox"/> Autre _____           |                                                           |                                                                                                |

### MODIFICATION DEMANDÉE – Veuillez indiquer la modification demandée et remplir les sections requises en fonction de la modification indiquée à la page 2.

Nota : aucuns frais ne s'appliquent au traitement de la modification. Des frais de 50 \$ s'appliqueront pour annuler la modification.

Vous pouvez annuler le changement dans un délai de 21 jours ouvrables à compter de la date du traitement de la modification.

**Les exigences peuvent varier selon la modification actuelle demandée. Conseillers : veuillez consulter le guide d'administration sur le site RéseauÉquitable au [equitable.ca/advisorhome/fr](http://equitable.ca/advisorhome/fr) pour les sections requises. Titulaires de contrat : veuillez communiquer avec votre conseillère ou votre conseiller ou avec l'Équitable au numéro de téléphone mentionné ci-dessus.**

- Ajout (A) :** les avenants d'assurance temporaire sont permis seulement dans le cas des régimes d'assurance vie sur une tête pour les régimes Équimax, d'assurance vie universelle et ÉquiVivre. Des garanties sous forme d'avenant sont également offertes.
- Ajout d'un avenant de protection pour enfants (APE) :** offert uniquement avec les contrats d'assurance vie entière et d'assurance vie universelle ainsi que les contrats d'assurance vie temporaire autonomes sur une tête détenus par un particulier ou une entreprise. N'est pas offert avec l'assurance maladies graves. \_\_\_\_\_ \$ (minimum de 10 000 \$, maximum de 30 000 \$).
- Ajout de l'avenant d'assurance maladies graves (CI) :**
  - assurance temporaire renouvelable de 10 ans  uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans ou  uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans
  - 20 paiements jusqu'à l'âge de 75 ans\*
  - 20 paiements à vie\* (\* la couverture 20 paiements est offerte uniquement avec les régimes Équimax et d'assurance vie universelle)
- Ajout d'un avenant de remboursement des primes (RDP) au contrat d'assurance maladies graves :**
  - remboursement des primes au décès  remboursement des primes à l'expiration\*
  - (\* offert uniquement avec les régimes renouvelables de 10 ans jusqu'à l'âge de 75 ans)
  - remboursement des primes au rachat ou à l'expiration \*\* (\*\* offert avec les régimes paiements uniformes et 20 paiements)
- Retrait ou réduction (R) :** avenants, garanties ou personnes assurées.
- Statut de fumeur à non-fumeur (F)**
- Option d'échange (E) :** régimes d'assurance temporaire de 10 ans en des régimes d'assurance temporaire de 20 ans (la couverture doit être en vigueur pendant au moins un an, mais pas plus de cinq ans)
- Option de dépôt Excélérateur (ODE) :** ajout ou augmentation
- Réexamen de la tarification (T) :** retrait ou réduction
- Droit de modification pour l'assurance maladies graves (DM) :** pour en savoir davantage sur les options offertes, veuillez consulter le contrat.
- Changement du mode d'affectation des participations (PAR) :** bonifications d'assurance libérée
- Changement de l'option de prestation de décès (PD) :** pour l'option Protecteur de valeur du compte ou uniforme seulement
- Changement de l'option du coût de l'assurance (CDA) :** pour uniforme ou pour l'assurance temporaire renouvelable annuellement (aux taux originaux et à l'âge atteint)
- Option de fractionnement du contrat (OFC) ou option de souscrire des contrats individuels (SCI)**
- Autre :** \_\_\_\_\_



## DEMANDE DE MODIFICATION EN VERTU DES RÈGLES G3

Type de modification :	Veuillez remplir les sections suivantes du présent formulaire n° 374G3FR										Autre :
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
A	X	X	X	X	X	X		X	X		** Voir les notes ci-dessous pour les exigences de tarification **
APE	X							X	X	X	
AMG	X	X	X	X	X	X		X	X		Avant de les remplir, veuillez passer en revue les questions du formulaire Questionnaire de présélection (n° 347FR). ** Voir les notes ci-dessous pour les exigences de tarification **
RDP	X	X	X	X	X	X		X	X		Ajout de l'avenant de remboursement des primes au rachat ou à l'expiration : veuillez remplir les sections 1, 8 et 9 seulement.
R	X							X	X		
F	X	X	X	X	X	X		X	X		Test d'urine
E	X							X	X		
ODE	X	X	X	X	X	X		X	X		Offerte avec les contrats auxquels on applique une surprime de 300 % ou moins.
T	X	X	X	X	X	X		X	X		
DM	X							X	X		
PAR	X	X	X	X	X	X		X	X		
PD	De l'option Protecteur de valeur du compte à l'option Protecteur de stabilité	X						X	X		
	Uniforme à l'option Protecteur de valeur du compte	X	X	X	X	X		X	X		
CDA	Uniforme	X						X	X		
	TRA	X	X	X	X	X		X	X		
OFC		X						X	X		Formulaires n° 671OCFR, n° 671BCFFR, n° 378FR, chèque avec la mention « ANNULÉ », illustration pour les régimes d'assurance VU seulement

Type de modification :	Veuillez remplir les sections suivantes du formulaire n° 350FR														Autre
	1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	17	18	20		
SCI	Assurance temporaire	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	Formulaire n° 671OCFR
	Assurance Équimax <sup>MD</sup>	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	Formulaire n° 671OCFR Illustration signée
	Assurance Équation Génération <sup>MD</sup> IV	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	Formulaire n° 671OCFR Illustration signée
	Assurance Générations Équitable <sup>MC</sup>	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	Formulaire n° 671OCFR Illustration signée

\*\* Veuillez consulter le document Tableau des preuves d'assurabilité – Exigences de tarification (n° 1343FR).

SECTION 1 – PARTICULARITÉS DU RÉGIME UNE FOIS LA MODIFICATION EFFECTUÉE			
Nom de la personne assurée	Description du régime	Somme	Prime
		Fréquence : <input type="checkbox"/> annuelle <input type="checkbox"/> mensuelle	Total :



## DEMANDE DE MODIFICATION EN VERTU DES RÈGLES G3

### SECTION 2 – DÉCLARATION RELATIVE À L'USAGE DU TABAC

(Pour chaque réponse affirmative, veuillez préciser le type d'usage et la date de la dernière utilisation.)

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette ou consommé d'autres produits à base de tabac ou de nicotine, ou encore des produits d'abandon du tabac?

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le type, la fréquence d'utilisation et la date de la dernière utilisation.

<b>PERSONNE 1</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>PERSONNE 2</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

(Veuillez remplir pour tout montant de couverture.) Nota : la ou le titulaire doit remplir la section intitulée « Renseignements personnels » si l'assurance est pour un enfant.

Renseignements sur l'emploi :

1. Quels sont votre emploi et vos fonctions?

\_\_\_\_\_

2. Quels sont le nom et l'adresse de votre employeur?

\_\_\_\_\_

3. Avez-vous déjà déclaré faillite, que ce soit une faillite personnelle ou commerciale, pour laquelle vous avez reçu une libération ou non? (Dans l'affirmative, veuillez préciser s'il s'agit d'une faillite personnelle ou commerciale, la date de déclaration et la date de libération.)

\_\_\_\_\_

PERSONNE 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS		PERSONNE 2 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	
Revenu annuel gagné	\$	Revenu annuel gagné	\$
Autre revenu : montant	\$	Autre revenu : montant	\$
Autre revenu : source		Autre revenu : source	
Avoir net	\$	Avoir net	\$
Objet de la couverture d'assurance	\$	Objet de la couverture d'assurance	\$

PERSONNE 1 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE		PERSONNE 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE	
Pourcentage de participation	%	Pourcentage de participation	%
Ventes annuelles (année en cours)	\$	Ventes annuelles (année en cours)	\$
Ventes annuelles (année précédente)	\$	Ventes annuelles (année précédente)	\$
Bénéfice net	\$	Bénéfice net	\$
Juste valeur de marché	\$	Juste valeur de marché	\$
Prêts en souffrance ou obligations non réglées	\$	Prêts en souffrance ou obligations non réglées	\$

À venir :  états financiers  lettre explicative



## DEMANDE DE MODIFICATION EN VERTU DES RÈGLES G3

### SECTION 4 – DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ : SANS EXAMEN MÉDICAL

**Veillez ne pas faire mention** de tout renseignement se rapportant à des tests génétiques. Un test génétique est un test visant l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de maladies ou de risques de transmission verticale, ou la surveillance, le diagnostic ou le pronostic.

**Vous devez indiquer** les renseignements à propos des traitements pour des symptômes ou des signes d'une affection génétique. Lorsqu'une question vous est posée à propos des antécédents familiaux, veuillez indiquer toute affection génétique dans votre réponse.

**À remplir par toutes les personnes à assurer :** (Il n'est pas nécessaire de remplir cette section si un examen paramédical est requis.)

**Pour les enfants de moins de 16 ans, ce sont des questions auxquelles doivent répondre un parent, ou encore une tutrice ou un tuteur légal ayant pleine connaissance des antécédents médicaux de l'enfant.**

#### PERSONNE À ASSURER 1

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_  pi/po  lb  
 cm Poids : \_\_\_\_\_  kg

Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année?

Oui  Non

Gain : \_\_\_\_\_  lb  lb  
 kg Perte : \_\_\_\_\_  kg

Raison du changement de poids : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de votre conseillère médicale habituelle ou conseiller médical habituel :

(Si vous n'en avez pas, veuillez indiquer le nom de la professionnelle ou du professionnel médical que vous avez consulté lors de votre dernière visite.)

\_\_\_\_\_

Date de votre dernière consultation (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Raison ou symptômes : \_\_\_\_\_

Avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement?  Oui  Non  
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions)

\_\_\_\_\_

Durée de la maladie : \_\_\_\_\_

Un suivi vous a-t-il été recommandé? (p. ex. des tests, une chirurgie, une hospitalisation)

Oui  Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions)

\_\_\_\_\_

#### PERSONNE À ASSURER 2

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_  pi/po  lb  
 cm Poids : \_\_\_\_\_  kg

Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année?

Oui  Non

Gain : \_\_\_\_\_  lb  lb  
 kg Perte : \_\_\_\_\_  kg

Raison du changement de poids : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de votre conseillère médicale habituelle ou conseiller médical habituel :

(Si vous n'en avez pas, veuillez indiquer le nom de la professionnelle ou du professionnel médical que vous avez consulté lors de votre dernière visite.)

\_\_\_\_\_

Date de votre dernière consultation (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Raison ou symptômes : \_\_\_\_\_

Avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement?  Oui  Non  
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions)

\_\_\_\_\_

Durée de la maladie : \_\_\_\_\_

Un suivi vous a-t-il été recommandé? (p. ex. des tests, une chirurgie, une hospitalisation)

Oui  Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions)

\_\_\_\_\_

Si l'enfant a moins de 2 ans, sa naissance était-elle prématurée à moins de 36 semaines de grossesse ou y a-t-il eu une indication quelconque de retard staturo-pondéral ou une absence de gain de poids ou vous a-t-on dit que l'enfant n'a pas atteint les étapes importantes de développement ou de croissance?

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de l'enfant et fournir des précisions (y compris les dates, le nom de la médecin ou du médecin, les médicaments, la posologie, etc.) ainsi que le poids à la naissance ci-dessous.

\_\_\_\_\_



## DEMANDE DE MODIFICATION EN VERTU DES RÈGLES G3

### SECTION 4 – DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ : SANS EXAMEN MÉDICAL (SUITE)

#### ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Un parent (père, mère, frère ou sœur) a-t-il déjà reçu le diagnostic de l'une des affections ou maladies suivantes?

- maladie d'Alzheimer
- cancer (indiquer le type)
- chorée de Huntington
- accident vasculaire cérébral
- sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig)
- diabète (indiquer le type)
- sclérose en plaques
- maladie polykystique des reins
- hépatite
- maladie de Parkinson
- rétinite pigmentale
- toute autre affection ou tout autre trouble héréditaire
- tout autre trouble ou toute autre maladie du motoneurone

**PERSONNE 1**

Oui  Non

**PERSONNE 2**

Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant :

Personne 1 ou 2	Membre de la famille (père, mère, sœurs et frères)	Maladie	Âge au diagnostic	Âge réel si toujours en vie	Âge au décès	Cause du décès

#### ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?

##### 1. Système cardiaque et circulatoire :

- anévrisme
- angine de poitrine
- caillot sanguin
- douleur thoracique ou souffle court
- stimulateur cardiaque
- crise cardiaque (infarctus du myocarde)
- maladie coronarienne, pontage coronarien ou angioplastie coronarienne
- souffle cardiaque
- cholestérol élevé (hyperlipidémie)
- hypertension artérielle
- maladie vasculaire périphérique (mauvaise circulation)
- rythme cardiaque irrégulier
- accidents ischémiques transitoires (AIT)
- accident vasculaire cérébral (AVC)
- tout autre trouble ou toute autre maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins

**PERSONNE 1**

Oui  Non

**PERSONNE 2**

Oui  Non

##### 2. Bosses ou excroissances :

- mammographie anormale
- cancer
- leucémie
- bosse ou kyste
- lymphome
- polype
- tumeur
- carcinome basocellulaire
- mélanome
- toute autre bosse ou malignité

**PERSONNE 1**

Oui  Non

**PERSONNE 2**

Oui  Non

##### 3. Système sanguin, glandulaire ou endocrinien :

- taux de sucre anormal
- diabète
- diabète gestationnel
- goitre
- hyperthyroïdie ou hypothyroïdie
- maladie ou trouble lymphatique ou glandulaire (surrénales ou hypophyse)
- trouble de saignement
- anémie
- hémophilie
- toute autre affection ou tout autre trouble de la glande thyroïde ou du système endocrinien
- tout autre trouble sanguin ou toute autre maladie du sang

**PERSONNE 1**

Oui  Non

**PERSONNE 2**

Oui  Non

##### 4. Système gastrointestinal :

- cirrhose
- maladie de Crohn
- diverticulite
- hépatite (y compris l'état de porteur)
- syndrome du côlon irritable
- jaunisse
- pancréatite
- diarrhée persistante
- saignements rectaux ou intestinaux
- ulcère (gastroduodénal ou gastrique)
- colite ulcéreuse
- toute autre affection ou tout autre trouble des intestins, du pancréas, de l'estomac ou du foie

**PERSONNE 1**

Oui  Non

**PERSONNE 2**

Oui  Non



## DEMANDE DE MODIFICATION EN VERTU DES RÈGLES G3

### SECTION 4 – DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ SANS EXAMEN MÉDICAL (SUITE)

**5. Oreilles, yeux, nez, gorge et bouche :** (à l'exception des examens de routine, d'une amygdalectomie, d'une adénoïdectomie, d'une sinusite ou d'un autre trouble nécessitant le port de lunettes, de verres de contact, ou des aérateurs transtympaniques)

- |                          |                   |                                                                                              |
|--------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| • cécité                 | • malentendants   | • acouphène                                                                                  |
| • vision floue ou double | • malvoyants      | • toute autre affection ou tout autre trouble des oreilles, des yeux, du nez ou de la bouche |
| • surdité                | • labyrinthite    |                                                                                              |
| • glaucome               | • névrite optique |                                                                                              |

<b>PERSONNE 1</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>PERSONNE 2</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**6. Système respiratoire :**

- |                                                    |                    |                                                            |
|----------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------|
| • asthme                                           | • fibrose kystique | • apnée du sommeil                                         |
| • bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) | • emphysème        | • tuberculose                                              |
| • bronchite chronique                              | • toux persistante | • toute autre affection ou tout autre trouble respiratoire |
|                                                    | • sarcoïdose       |                                                            |

<b>PERSONNE 1</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>PERSONNE 2</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**7. Santé mentale :**

- |                                        |                             |                                                                                                           |
|----------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • trouble d ficientaire de l'attention | • dépression                | • tentative de suicide                                                                                    |
| •  puisement                           | • trouble de l'alimentation | • toute autre affection ou tout autre trouble psychologique, de développement, affectif ou comportemental |
| • anxiété                              | • trouble bipolaire         |                                                                                                           |
| • fatigue chronique                    | • schizophrénie             |                                                                                                           |

<b>PERSONNE 1</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>PERSONNE 2</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**8. Peau et tissu conjonctif :** (  l'exception de l'herbe à puce, de la dermite de contact, de l'acné, de la rosacée, d'un coup de soleil et de l'eczéma)

- |                              |                                                                                                                    |                                                          |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| • nœvus ou n vi dysplasiques | • toute autre lésion, tache de rousseur ou grain de beauté qui a changé de dimension ou de couleur ou qui a saigné | • toute autre affection ou tout autre trouble de la peau |
| • lupus                      |                                                                                                                    |                                                          |
| • psoriasis                  |                                                                                                                    |                                                          |
| • sclérodermie               |                                                                                                                    |                                                          |

<b>PERSONNE 1</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>PERSONNE 2</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**9. Système rénal, urinaire et reproducteur :**

- |                                                 |                                        |                                                                                                             |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • test Pap anormal                              | • néphrite                             | • toute autre affection ou tout autre trouble des reins ou de la vessie                                     |
| • antigène spécifique la prostate anormal (ASP) | • fibrome utérin                       | • toute autre affection ou tout autre trouble associé à l'appareil reproducteur, à la prostate ou aux seins |
| • hystérectomie                                 | • Infection transmissible sexuellement |                                                                                                             |
| • calculs rénaux                                | • sucre, sang ou protéine dans l'urine |                                                                                                             |

<b>PERSONNE 1</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>PERSONNE 2</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**10. Système musculo-squelettique :**

- |                                 |                                                         |                                                                                                             |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • arthrite                      | • dystrophie musculaire                                 | • toute autre affection ou tout autre trouble des muscles, des articulations, des membres, du dos ou des os |
| • fatigue chronique             | • engourdissement ou faiblesse d'un bras ou d'une jambe |                                                                                                             |
| • syndrome de douleur chronique | • paralysie                                             |                                                                                                             |
| • fibromyalgie                  |                                                         |                                                                                                             |

<b>PERSONNE 1</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>PERSONNE 2</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**11. Système nerveux :**

- |                                               |                                                                 |                                                                                |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| • maladie d'Alzheimer                         | •  pilepsie ou convulsions                                      | • mal de tête intense                                                          |
| • sclérose latérale amyotrophique (SLA)       | •  vanouissements ou syncope                                    | • syndrome post-commotionnel                                                   |
| • paralysie cérébrale                         | • perte de sensation, de l'usage de la parole ou de l'équilibre | • autisme                                                                      |
| • d ficiance cognitive                        | • sclérose en plaques (SP)                                      | • toute autre affection ou tout autre trouble d'ordre neurologique congénital  |
| • coma                                        | • maladie de Parkinson                                          | • toute autre affection ou tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux |
| • démence                                     | • tout autre trouble ou toute autre maladie du neurone moteur   |                                                                                |
| • retard de développement ou syndrome de Down | • tremblements                                                  |                                                                                |
| •  tourdissements ou vertige                  |                                                                 |                                                                                |

<b>PERSONNE 1</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>PERSONNE 2</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**12. Système immunitaire :**

- |        |                                                                               |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------|
| • SIDA | • toute autre affection ou tout autre trouble d'ordre neurologique congénital |
| • VIH  |                                                                               |

<b>PERSONNE 1</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>PERSONNE 2</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



## DEMANDE DE MODIFICATION EN VERTU DES RÈGLES G3

### SECTION 4 – DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ : SANS EXAMEN MÉDICAL (SUITE)

13. Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi les tests médicaux ou diagnostiques suivants?

- ECG
- radiographies
- tomodensitogrammes
- IRM
- coloscopie
- échographie
- biopsies
- analyse de sang
- tout autre test médical ou diagnostique

**PERSONNE 1**

Oui  Non

**PERSONNE 2**

Oui  Non

14. Au cours des cinq dernières années, avez-vous souffert d'une maladie ou d'une blessure vous empêchant d'exécuter vos activités habituelles ou les tâches régulières de votre emploi pour une période de plus de deux semaines?

**PERSONNE 1**

Oui  Non

**PERSONNE 2**

Oui  Non

15. Avez-vous eu des symptômes, des préoccupations ou des signes concernant votre santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou un médecin ou reçu de traitement médical, y compris une douleur persistante ou pour laquelle vous n'avez pas reçu de diagnostic?

**PERSONNE 1**

Oui  Non

**PERSONNE 2**

Oui  Non

16. Souffrez-vous d'une affection médicale qui n'a pas été mentionnée dans les questions précédentes, pour laquelle vous avez été ou êtes sous observation, subissez des tests ou recevez un traitement, ou encore pour laquelle vous êtes en attente d'une investigation, d'une observation, d'un test, des résultats d'un test ou d'un traitement?

**PERSONNE 1**

Oui  Non

**PERSONNE 2**

Oui  Non

#### Précisions sur les réponses affirmatives

Numéro de la question	Personne 1 ou 2	Veillez préciser

### SECTION 5 – ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

À remplir par toutes les personnes à assurer :

1. Détenez-vous une autre assurance en vigueur?

**PERSONNE 1**

Oui  Non

**PERSONNE 2**

Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant :

Personne 1 ou 2	Nom de la compagnie	Année de l'établissement	Somme assurée : assurance personnelle	Somme assurée : assurance d'entreprise	Somme assurée : assurance maladies graves
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$



## DEMANDE DE MODIFICATION EN VERTU DES RÈGLES G3

### SECTION 5 – ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE (SUITE)

À remplir pour les personnes à assurer de moins de l'âge exact de 16 ans :

- Existe-t-il des contrats d'assurance vie ou d'assurance maladies graves ou des propositions en suspens sur la tête des parents de l'enfant? (Dans l'affirmative, veuillez indiquer le type d'assurance et les montants. Dans la négative, veuillez indiquer la raison.)
- Existe-t-il des contrats d'assurance vie ou d'assurance maladies ou des propositions en suspens sur la tête des frères ou des sœurs de l'enfant? (Dans l'affirmative, veuillez indiquer le type d'assurance et les montants. Dans la négative, veuillez indiquer la raison.)

Numéro de la question	Personne 1 ou 2	Veuillez préciser

### SECTION 6 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

À remplir par toutes les personnes à assurer :

- Résidez-vous au Canada depuis moins de vingt-quatre mois? (Dans l'affirmative, veuillez indiquer le pays de résidence précédent, le statut d'immigration et la date d'arrivée)
- Au cours des 12 prochains mois, envisagez-vous de voyager hors de l'Amérique du Nord pendant plus de deux mois, ou de changer votre pays de résidence? (Dans l'affirmative, veuillez indiquer le pays, la raison du voyage, la date de départ, la durée du séjour.)
- Avez-vous déjà présenté une proposition pour une ASSURANCE VIE, une ASSURANCE INVALIDITÉ, une ASSURANCE COLLECTIVE ou une ASSURANCE MALADIES GRAVES sur votre tête, qui a été différée, refusée, assujettie à une surprime ou modifiée de quelque façon que ce soit? (Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date et les précisions y compris la compagnie et la raison.)
- Avez-vous actuellement une proposition d'ASSURANCE VIE, d'ASSURANCE INVALIDITÉ, d'ASSURANCE COLLECTIVE, ou d'ASSURANCE MALADIES GRAVES, en suspens auprès de toute autre compagnie? (Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de la compagnie, le type de régime et le montant demandé.)
- Ce contrat, si établi, remplacera-t-il un contrat d'assurance vie en vigueur, auprès de cette compagnie ou de toute autre compagnie? (Dans l'affirmative, veuillez préciser les renseignements pertinents dans la section intitulée « Précisions » ci-dessous et veuillez nous faire parvenir l'avis de divulgation dûment rempli.) S'il s'agit du remplacement d'un contrat d'assurance vie de l'Équitable, veuillez indiquer le numéro du contrat ici.

**PERSONNE 1**

Oui  Non

**PERSONNE 2**

Oui  Non

**PERSONNE 1**

Oui  Non

**PERSONNE 2**

Oui  Non

**PERSONNE 1**

Oui  Non

**PERSONNE 2**

Oui  Non

**PERSONNE 1**

Oui  Non

**PERSONNE 2**

Oui  Non

**PERSONNE 1**

Oui  Non

**PERSONNE 2**

Oui  Non





## DEMANDE DE MODIFICATION EN VERTU DES RÈGLES G3

### SECTION 7 – DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS POUR L'APE

**Veillez remplir pour :** a) tous les enfants à assurer en vertu de l'avenant de protection pour enfants;

b) La signature de tous les enfants ayant atteint l'âge de 16 ans et plus (18 ans et plus au Québec) est requise à la section 8.

**Veillez ne pas faire mention** de tout renseignement se rapportant à des tests génétiques. Un test génétique est un test visant l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de maladies ou de risques de transmission verticale, ou la surveillance, le diagnostic ou le pronostic.

**Vous devez indiquer** les renseignements à propos des traitements pour des symptômes ou des signes d'une affection génétique.

Lorsqu'une question vous est posée à propos des antécédents familiaux, veuillez indiquer toute affection génétique dans votre réponse.

Écrire en lettres moulées le nom et prénom au complet de chaque enfant à assurer	Sexe	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Âge le plus rapproché	Taille	Poids	Nom et adresse du conseiller médical habituel
	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin			<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin			<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin			<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin			<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin			<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	

1. Une demande d'assurance pour certains des enfants a-t-elle été refusée, différée ou modifiée de quelque façon que ce soit?
2. Si l'enfant a moins de deux ans, sa naissance était-elle plus de quatre semaines avant-terme ou y a-t-il une indication quelconque de retard statur pondéral? (Dans l'affirmative, veuillez préciser).
3. Avez-vous des enfants qui sont atteints d'une déficience physique ou mentale, ou qui ont été hospitalisés, ou qui ont subi une chirurgie ou un traitement pour une maladie, une déficience ou une blessure?
4. Avez-vous des enfants qui prennent des médicaments ou à qui on leur a recommandé un traitement ou un test diagnostique qui n'a pas encore été effectué?
5. L'un des enfants a-t-il déjà été traité, subi des examens ou présenté des symptômes ou des signes de l'une des affections ou maladies suivantes : autisme, cancer, paralysie cérébrale, maladie congénitale du cœur, fibrose kystique, syndrome de Down, retard de développement ou dystrophie musculaire?
6. Y a-t-il un de vos enfants à assurer qui n'habitent PAS chez la ou le titulaire? Veuillez indiquer ci-dessous le lien de parenté avec les enfants en question, la date de leur dernière rencontre avec la ou le titulaire et la fréquence des visites.

	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Précisions sur les réponses affirmatives

Numéro de la question	Personne 1 ou 2	Veuillez préciser



## DEMANDE DE MODIFICATION EN VERTU DES RÈGLES G3

### SECTION 8 – CONSENTEMENT ET PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

#### DÉCLARATION ET CONSENTEMENT DES TITULAIRES ET DES PERSONNES ASSURÉES :

1. Les renseignements personnels que j'ai fournis ou que nous avons fournis de plein gré à la courtière ou au courtier indépendant, à la conseillère ou au conseiller, ou encore à la Compagnie qui figurent dans la présente déclaration ou qui ont été fournis par l'entremise de documents complémentaires et qui seront conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par la Compagnie pour les besoins de tarification, de service, d'administration, de détermination du statut fiscal canadien ou étranger, ainsi que de traitement et de règlement des réclamations.
2. Je comprends et accepte ou nous comprenons et acceptons que les renseignements personnels contenus dans les dossiers soient accessibles et qu'ils puissent être transmis au personnel autorisé, au réseau de distribution des ventes de la Compagnie, à d'autres assureurs et à ses réassureurs participants, aux fournisseurs de services et à d'autres compagnies retenues par la Compagnie, à l'administration fiscale canadienne ou étrangère ainsi qu'à toute autre personne ou partie qui obtient mon ou notre autorisation.
3. Mes ou nos renseignements personnels peuvent être traités et conservés à l'extérieur du Canada et, par conséquent, pourraient être assujettis aux lois de ces territoires de compétence. Si mon ou notre contrat est établi au Québec, mes ou nos renseignements personnels seront conservés à l'extérieur du Québec.
4. J'accuse ou nous accusons réception de l'avis relatif au MIB et j'autorise ou nous autorisons la Compagnie à obtenir des renseignements auprès de MIB, LLC.
5. Je consens ou nous consentons à l'obtention de rapports sur le consommateur (rapport de solvabilité) contenant des renseignements personnels et de solvabilité.
6. Je reconnais ou nous reconnaissons que la Compagnie peut utiliser un processus automatisé en ce qui concerne l'établissement et l'administration des contrats dont j'ai ou nous avons fait la demande.
7. J'autorise ou nous autorisons la Compagnie à faire effectuer, sans restriction, tous les tests nécessaires, y compris des examens, des radiographies, des électrocardiogrammes et des tests sanguins aux fins de l'évaluation de cette proposition d'assurance. De tels tests pourront comprendre des analyses visant à déterminer la présence de différentes maladies, notamment celle d'anticorps ou de virus liés au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). La Compagnie peut divulguer les résultats de tels tests et vos renseignements personnels à ses réassureurs, à mon ou mes médecins traitants, à des professionnels du service de santé et au MIB, Inc., aux fins de la présente demande. Je comprends et accepte ou nous comprenons et acceptons que tout résultat positif au test du VIH, de l'hépatite ou à toute autre maladie transmissible sera signalé à l'autorité de santé publique appropriée. Mes ou nos renseignements personnels, recueillis par un laboratoire, seront traités et conservés par ce laboratoire au Canada ou aux États-Unis, et pourront, du fait même, faire l'objet de divulgation aux gouvernements canadien et américain et aux agences, en vertu des lois et traités passés entre ces deux pays.
8. J'autorise ou nous autorisons tout service provincial des véhicules automobiles à fournir une copie des renseignements qu'elle détient relatifs à tout dossier de conduite pertinent à cette proposition à la Compagnie ou à tout organisme d'enquête agissant en son nom. Une photocopie de ces autorisations a la même valeur que le document original.
9. J'autorise ou nous autorisons toute médecin et tout médecin, toute praticienne ou tout praticien, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou toute compagnie d'assurance, le MIB ou tout autre organisme, tout établissement ou toute personne ayant des dossiers ou des renseignements sur la santé de toute personne qui fait l'objet de la présente proposition, à fournir ces renseignements, y compris les antécédents médicaux, à la Compagnie ou à ses réassureurs. Une photocopie de ces autorisations a la même valeur que le document original.
10. Je consens ou nous consentons que la présente demande puisse être transmise à la Compagnie par voie électronique et sera considérée par la Compagnie comme l'original de la proposition d'assurance de la ou du titulaire.
11. J'autorise ou nous autorisons la Compagnie à fournir les renseignements liés à ma santé et à mon style de vie, ainsi que les renseignements médicaux obtenus pendant le processus de tarification, peu importe la source, à ma conseillère ou mon conseiller afin qu'il puisse m'expliquer toute évaluation défavorable de mon assurabilité.  OUI  NON

Pour de plus amples renseignements au sujet des pratiques de la Compagnie en matière de vie privée et sur la façon de communiquer avec la personne responsable de la protection des renseignements personnels, veuillez consulter le site au [www.equitable.ca/fr](http://www.equitable.ca/fr).



## DEMANDE DE MODIFICATION EN VERTU DES RÈGLES G3

### SECTION 8 – RENSEIGNEMENTS D'ORDRE JURIDIQUE

#### DÉCLARATION ET CONSENTEMENT DES TITULAIRES ET DES PERSONNES ASSURÉES :

1. Toutes les déclarations et réponses dans toutes les sections de la présente demande sont complètes, exactes et correctement inscrites.
2. L'assurance faisant l'objet de la présente demande ou assurance approuvée par la Compagnie n'entrera en vigueur que si :  
a) un contrat est établi par la Compagnie et que la modification du contrat est délivrée ou acceptée de la façon indiquée au point 3 c); et b) la prime initiale au titre de la modification du contrat est payée; et c) il n'y a pas de changement au titre de l'assurabilité de la personne à assurer à compter de la date à laquelle la présente demande est signée par toute personne à assurer à : i) la date de livraison de la modification du contrat de l'assurance maladies graves aux titulaires; ou ii) la date de livraison de la modification du contrat d'assurance vie aux titulaires résidant dans les provinces ou territoires autres que le Québec; ou iii) la date à laquelle la demande de modification d'un contrat d'assurance vie est acceptée par la Compagnie sans modification concernant les titulaires résidant au Québec.
3. Tout avis reçu par une personne ou porté à sa connaissance n'est pas considéré comme reçu par la Compagnie ou porté à sa connaissance, sauf s'il est divulgué dans la présente proposition d'assurance. Seulement une officière ou un officier autorisé par la Compagnie détient l'autorité de mettre la Compagnie sous risque ou obligation, ou de confirmer l'assurabilité d'une personne à assurer.
4. L'approbation de toute modification du contrat établie d'après la présente demande sera considérée comme une ratification de toute modification, toute correction ou tout ajout à la présente demande, et que la Compagnie pourrait adresser sous forme d'avenant.
5. Si la demande est effectuée par une ou un titulaire (autre que la personne à assurer) : a) et si une modification ou des modifications d'un contrat sont établies en vertu de la présente demande, ces modifications de contrat, y compris tous les droits en vertu de celle-ci, seront sous l'autorité intégrale de toute personne titulaire, sous réserve des dispositions de tels contrats; b) toute personne pour laquelle l'assurance est demandée consent à la souscription de l'assurance sur sa tête.
6. Elles n'ont connaissance de l'omission d'aucun détail dans la présente qui pourrait avoir une incidence sur l'assurabilité de toute personne à assurer.
7. Si un avenant de remboursement des primes est ajouté à un contrat d'assurance maladies graves existant, le nouvel avenant sera modifié afin de prévoir que les primes remboursables en vertu de l'avenant ne comprennent que les primes payées à compter de la date d'entrée en vigueur de l'avenant.
8. Je reconnais ou nous reconnaissons avoir reçu de ma conseillère ou de mon conseiller ou notre conseillère ou conseiller, la divulgation et l'explication des compagnies représentées par le conseiller, les permis, la commission, la rémunération supplémentaire et les conflits d'intérêts et l'avis relatif au MIB Inc.



## DEMANDE DE MODIFICATION EN VERTU DES RÈGLES G3

### SECTION 8 - RENSEIGNEMENTS D'ORDRE JURIDIQUE (SUITE)

8) La Compagnie est autorisée à fournir les renseignements liés à leur santé et à leur style de vie, ainsi que les renseignements médicaux obtenus pendant le processus de tarification, peu importe la source, à leur conseillère ou leur conseiller afin qu'il puisse leur expliquer toute évaluation défavorable de leur assurabilité.

Oui  Non

LE FAIT DE NE PAS DIVULGUER CHACUN DES FAITS À LA CONNAISSANCE DE TOUTE PERSONNE TITULAIRE, OU ENCORE DE LA PERSONNE À ASSURER, QUI SONT IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURANCE DEMANDÉE, OU IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURABILITÉ DE TOUTE PERSONNE À ASSURER, OU TOUTE FAUSSE DÉCLARATION OU DÉCLARATION ERRONÉE QUANT AUX FAITS, RENSEIGNEMENTS ET RÉPONSES DONNÉS ET INDICQUÉS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE ET DANS TOUTE AUTRE DÉCLARATION ÉCRITE À TITRE DE PREUVE D'ASSURABILITÉ RENDRA TOUTE ASSURANCE ÉTABLIE EN RELATION AVEC LA PRÉSENTE DEMANDE, ANNULABLE PAR LA COMPAGNIE.

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

\* Signature de la personne à assurer

Témoin de toutes les signatures

Signature de toute personne titulaire (si autre que la personne à assurer)

Numéro d'assurance sociale de toute personne titulaire

\* Signature de la personne à assurer

La signature du cessionnaire est nécessaire si le contrat est cédé.

Signature du bénéficiaire (si privilégié ou irrévocable)

\* Signature requise pour chaque personne à assurer âgée de **16 ans ou plus (18 ans et plus au Québec)** en date de la présente.

\* Signature requise d'un des parents ou de la tutrice ou du tuteur des enfants âgés de moins de **16 ans (de moins de 18 ans au Québec)**

### SECTION 9 - RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSEILLER

#### RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSEILLER

Nom de l'AGG : \_\_\_\_\_ N° de l'AGG : \_\_\_\_\_

N° de téléphone de l'AGG : \_\_\_\_\_ N° de télécopieur de l'AGG : \_\_\_\_\_ Adresse courriel de l'AGG : \_\_\_\_\_

Nom du conseiller	N° du conseiller	Service	Commission (%)	N° de téléphone du conseiller	N° de télécopieur du conseiller
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			

Langue de la correspondance adressée à la conseillère ou au conseiller :  français  anglais

\_\_\_\_\_  
Adresse courriel de la conseillère ou du conseiller

\_\_\_\_\_  
Adresse courriel de la superviseuse ou du superviseur

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

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

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)



## DEMANDE DE MODIFICATION EN VERTU DES RÈGLES G3

### SECTION 9 - RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSEILLER (SUITE)

#### EXIGENCES DE TARIFICATION

Nom du fournisseur de services :					
Exigences de tarification	Personne 1	Commande placée	Personne 2	Commande placée	Commentaires et numéro de commande
Sans examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Examen paramédical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Électrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Profil sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ASP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Analyse d'urine (VIH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salive (VIH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rapport d'enquête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
États financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Questionnaire relatif au passe-temps approprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Questionnaire sur la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Commander preuve commune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :					

1. Les titulaires et les personnes à assurer parlent-ils ou lisent-ils la langue dans laquelle la présente demande est rédigée? (Dans la négative, de quelle façon la demande a-t-elle pu être dûment remplie? Veuillez fournir des précisions dans les notes du conseiller ci-dessous.) . . . . .
2. A-t-on déjà communiqué avec le siège social à propos de toute personne à assurer? . . . . .  
(Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates, la référence de la dernière lettre du siège social et la personne ou le service contacté dans les notes du conseiller ci-dessous.)
3. Êtes-vous la personne à assurer, la ou le titulaire, la payeuse ou le payeur, ou encore la personne bénéficiaire au titre de ce contrat? . . . . .
4. Êtes-vous une partie liée aux personnes à assurer ou aux titulaires? . . . . .  
Une partie liée comprend :  
a) des membres de la famille immédiate de la conseillère ou du conseiller, comme une conjointe ou un conjoint, un parent, un grand-parent, un enfant, un petit-enfant ou la belle-famille;  
b) une société dont la conseillère ou le conseiller ou un membre de la famille immédiate détient 50 % ou plus de toute catégorie d'actions de la société, individuellement ou ensemble;  
c) lorsque la conseillère ou le conseiller est doté d'une constitution en personne morale, tous les directeurs, les dirigeants, les employés ou les agents du conseiller, et toute société mère, toute filiale ou toute société affiliée du conseiller.  
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans les notes du conseiller ci-dessous.)
5. Avez-vous connaissance de :  
a) toute critique à l'endroit du caractère, des habitudes, du mode de vie ou de la réputation en affaires, actuelle ou antérieure, des personnes à assurer ou des titulaires?  
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans les notes du conseiller ci-dessous.) . . . . .  
b) tout renseignement supplémentaire pouvant aider dans l'évaluation de la présente demande?  
Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans les notes du conseiller ci-dessous. . . . .
6. Une analyse des besoins financiers est-elle à l'origine de cette vente? . . . . .
7. J'ai tenu et vu la documentation fournie par les personnes à assurer et les titulaires aux fins de vérification de leur identité et de confirmation des renseignements fournis dans la présente demande. . . . .
8. J'ai déployé des efforts raisonnables afin de déterminer si toute personne titulaire agit pour le compte d'un tiers. . . . .

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## DEMANDE DE MODIFICATION EN VERTU DES RÈGLES G3

### SECTION 9 - RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSEILLER (SUITE)

9. J'ai révisé l'illustration des ventes avec la ou le titulaire et leur en ai expliqué le contenu. . . . .
10. Je confirme que j'ai divulgué les renseignements suivants aux titulaires : . . . . .
- a) le contrat d'assurance vie ou d'assurance maladies graves, si établi, est souscrit et géré par l'Équitable;
  - b) la compagnie ou les compagnies que je représente;
  - c) je suis une courtière ou un courtier, ou encore une conseillère ou un conseiller indépendant qui représente l'Équitable;
  - d) je suis une agente ou un agent d'assurance vie agréé par le Insurance Council of British Columbia ou la Commission des services financiers de l'Ontario, le cas échéant;
  - e) je reçois une rémunération et continuerai de recevoir des commissions de service ou de renouvellement, si un contrat est établi et entre en vigueur et s'il demeure en vigueur;
  - f) il se peut que je sois admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis et indemnités de déplacement, selon le volume de contrats que je fais souscrire auprès de l'Équitable ou le taux de conservation des affaires;
  - g) j'ai divulgué les conflits d'intérêts que je pourrais avoir concernant la présente demande.
11. J'ai passé en revue les renseignements fournis contenus dans la présente demande avec toute personne titulaire et, à ma connaissance, ces renseignements sont complets et véridiques. . . . .

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### NOTES DU CONSEILLER

### AVIS RELATIF AU MIB, LLC

Les renseignements concernant l'assurabilité de toute personne à assurer seront traités en toute confidentialité. L'Équitable ou ses réassureurs pourraient toutefois soumettre un bref rapport à MIB, LLC, connu auparavant sous le nom Medical Information Bureau (Bureau des renseignements médicaux). MIB, LLC est un organisme sans but lucratif, formé de compagnies d'assurance vie, qui permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si toute personne à assurer présente une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance maladie à une autre compagnie membre du MIB, ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur vous. En tant que compagnie américaine, le MIB se conforme au droit relatif au respect de la vie privée des États-Unis. Le MIB protège les renseignements personnels d'une façon semblable au droit relatif au respect de la vie privée du Canada.

À la réception d'une demande de votre part, MIB, LLC vous permettra de prendre connaissance de tous les renseignements qu'il détient à votre sujet. Si vous mettez en doute l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez demander leur correction en communiquant avec le MIB. Le bureau de renseignements du MIB est situé à l'adresse suivante : 50 Braintree Hill Park, bureau 400, Braintree MA, 02184-8734; numéro de téléphone : 1 866 692-6901 ou [privacy@mib.com](mailto:privacy@mib.com) pour toute question relative au respect de la vie privée.

L'Équitable ou ses réassureurs pourraient également fournir des renseignements figurant dans ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles la personne à assurer présenterait une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance maladie complémentaire et, ou auxquelles une demande de réclamation pourrait être soumise. Des renseignements au sujet de MIB, LLC destinés aux consommateurs sont disponibles à l'adresse [www.mib.com](http://www.mib.com).

### AVIS DE DIVULGATION DU CONSEILLER OU DU COURTIER

Le produit d'assurance vie qui fait l'objet de votre demande est souscrit et géré par l'Équitable, laquelle est autorisée à exercer ses affaires dans toutes les provinces et les territoires canadiens. La conseillère ou le conseiller, ou encore la courtière ou le courtier qui sollicite la présente proposition d'assurance est un courtier indépendant représentant l'Équitable par l'entremise d'une agence indépendante et recevra une rémunération de l'Équitable lorsqu'un contrat est établi et entre en vigueur et continuera de toucher une rémunération si vous maintenez votre contrat en vigueur. Il est possible que le conseiller ou le courtier soit admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis et indemnités de déplacement, selon le volume de contrats de l'Équitable qu'il fait souscrire et le taux de conservation de ces contrats dans une période donnée. Vous n'êtes pas tenue ou tenu de traiter toute autre affaire avec l'Équitable, le conseiller, le courtier, toute autre personne ou entité comme une condition de la proposition.