



ÉCHANGE D'UNE ASSURANCE TEMPORAIRE DE 10 ANS EN UNE ASSURANCE TEMPORAIRE DE 20 ANS

L'option d'échange est offerte à compter du premier anniversaire contractuel de la couverture et avant le cinquième anniversaire contractuel ou l'âge de 65 ans (selon la première éventualité).

Un montant total ou partiel du régime d'assurance temporaire de 10 ans peut être échangé sous réserve des sommes assurées minimales.

Note : 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.

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE ET LA PERSONNE ASSURÉE		
Numéro de contrat	Nom de la ou du titulaire (prénom, second prénom, nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Adresse (numéro, rue et appartement)		Adresse courriel
Nom de la ou du cotitulaire (prénom, second prénom, nom de famille)		Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Adresse (numéro, rue et appartement)		Adresse courriel
Nom de la personne assurée (prénom, second prénom, nom de famille)		Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Nom de la personne assurée (prénom, second prénom, nom de famille)		Date de naissance (jj/mm/aaaa)

SECTION 2 – OBJET DU CONTRAT (obligatoire pour toutes les modifications du contrat)
<p>Veillez indiquer l'objet du contrat :</p> <p> <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"/> Protection de revenu ou protection familiale <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"/> Aux fins d'éducation <input type="checkbox"/> Autre _____ </p>

SECTION 3 – MONTANTS DE COUVERTURE À ÉCHANGER POUR UNE ASSURANCE VIE TEMPORAIRE DE 20 ANS			
Personne assurée	Montant actuel de l'assurance temporaire de 10 ans	Nouveau montant de l'assurance temporaire de 20 ans	Montant restant de l'assurance temporaire de 10 ans
Personne assurée 1			
Personne assurée 2			

Note : toute somme assurée ignorée au titre de l'assurance vie temporaire de 10 ans sera annulée.



ÉCHANGE D'UNE ASSURANCE TEMPORAIRE DE 10 ANS EN UNE ASSURANCE TEMPORAIRE DE 20 ANS

SECTION 4 – 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.



ÉCHANGE D'UNE ASSURANCE TEMPORAIRE DE 10 ANS EN UNE ASSURANCE TEMPORAIRE DE 20 ANS

SECTION 5 – 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 titulaire 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.
9. La Compagnie est autorisée 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

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, AUX RENSEIGNEMENTS ET RÉPONSES DONNÉS ET INDIQUÉS 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

* Signature de la personne à assurer

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

Signature du cotitulaire

Signature du conseiller ou du témoin de toutes les signatures

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)**.



ÉCHANGE D'UNE ASSURANCE TEMPORAIRE DE 10 ANS EN UNE ASSURANCE TEMPORAIRE DE 20 ANS

SECTION 6 – 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
		<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 superviseur du conseiller _____

Date (jj/mm/aaaa) _____

Date (jj/mm/aaaa) _____

1. 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.)
2. 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 détails dans les notes du conseiller ci-dessous.
3. 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.
4. 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"/>

NOTES DU CONSEILLER

Empty box for notes.



ÉCHANGE D'UNE ASSURANCE TEMPORAIRE DE 10 ANS EN UNE ASSURANCE TEMPORAIRE DE 20 ANS

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'avez pas l'obligation de conclure d'autres affaires avec l'Équitable, le conseiller, le courtier, toute autre personne ou entité comme une condition de la proposition.

Remarque : l'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'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.