



DEMANDE DE CHANGEMENT DE CONSEILLER

Nom de toute personne titulaire de contrat : _____

Numéro de tous les contrats : _____

Conseillère ou conseiller : _____

Numéro du conseiller : _____ Agence : _____

Commentaires :

Veuillez vous assurer que toutes les signatures figurent sur le présent formulaire.

Je demande que la conseillère ou le conseiller indiqué ci-dessus soit désigné comme conseiller pour assurer le service de mes contrats indiqués ci-dessus auprès de l'Assurance vie Équitable.

Date : _____ Signature du titulaire de contrat : _____

Date : _____ Signature du titulaire de contrat : _____

(Tous les titulaires de contrat doivent signer.)

Je certifie que j'assurerai le service auprès de la titulaire ou du titulaire de contrat et ferai en sorte que ses intérêts soient protégés.

Date : _____ Signature du conseiller : _____

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.