



## DEMANDE DE MODIFICATION SANS TARIFICATION – G3

### Contrats réglés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017

Utilisez ce formulaire pour faire la demande d'une modification d'un contrat sans avoir recours à la tarification.

#### Directives :

1. Vous devez répondre à toutes les questions, y compris cocher les cases « oui » ou « non ». Si vous cochez « oui », vous devez fournir des précisions.
2. Lorsque des formulaires supplémentaires sont requis, vous devez les remplir et les soumettre avec le formulaire Demande de modification sans tarification – G3
3. Vous devez fournir le NAS si chaque titulaire réside au Canada aux fins de l'impôt.
4. Vous devez utiliser le formulaire Demande de modification en vertu des règles G3 ([n° 374G3FR](#)) si vous :
  - a. faites la demande d'un changement qui nécessite une tarification;
  - b. faites la demande d'une modification qui n'est pas indiquée sur ce formulaire; ou
  - c. faites la demande de plusieurs modifications au titre du même contrat.

### RENSEIGNEMENTS SUR LE CONTRAT ET LE TITULAIRE

Demande de modification pour le contrat numéro : \_\_\_\_\_

Nom de la ou du titulaire : \_\_\_\_\_ Nom de la ou du cotitulaire : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du titulaire : \_\_\_\_\_ Adresse courriel du titulaire : \_\_\_\_\_

Pays de naissance du titulaire : \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale du titulaire : \_\_\_\_\_

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

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

#### Indiquez 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"/> Assurance hypothécaire ou crédit | <input type="checkbox"/> Protection du patrimoine, d'un héritage ou d'un legs                  |
| <input type="checkbox"/> Don                   | <input type="checkbox"/> Aux fins d'éducation             | <input type="checkbox"/> Protection de revenu ou protection familiale                          |
| <input type="checkbox"/> Autre _____           |   |  |

### MODIFICATION DEMANDÉE – Indiquez la modification demandée.

**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.

**Les exigences peuvent varier selon la modification actuelle demandée. Conseillers – consultez le guide de l'administration sur le RéseauÉquitable<sup>MD</sup>. Titulaires de contrat – communiquez avec votre conseillère ou conseiller ou l'Équitable.**

- Ajout d'un avenant de remboursement des primes au contrat d'assurance maladies graves :**
- Remboursement des primes à l'expiration (RDPE) – offert seulement avec les régimes renouvelables de 10 ans jusqu'à l'âge de 75 ans. Soumettez un formulaire Demande de changement de désignation de bénéficiaire ([n° 671BCFFR](#)).
  - Remboursement des primes au rachat ou à l'expiration (RDPR/E) – offert avec les régimes paiements uniformes et 20 paiements. Soumettez un formulaire Demande de changement de désignation de bénéficiaire ([n° 671BCFFR](#)).
- Retrait ou réduction** – avenants, garanties ou personnes assurées .
- Option d'échange** – régimes d'assurance temporaire de 10 ans pour des régimes d'assurance temporaire de 20 ans ou 30/65 (la couverture doit être en vigueur pendant au moins un an, mais pas plus de cinq ans).
- Droit de modification pour l'assurance maladies graves** – consultez le contrat pour les options offertes. (Le droit de modification pour l'assurance maladies graves suivra les anciens taux.)
- Option de prestation de décès** – passer de l'option Protecteur de valeur du compte à uniforme.
- Changement du coût de l'assurance de temporaire renouvelable annuellement (TRA) à uniforme** (à l'âge atteint et au taux initial)
- Option de fractionnement du contrat ou option de souscrire des contrats individuels** – vous devez joindre le formulaire [n° 671BCFFR](#) pour mettre à jour la désignation de bénéficiaire, le formulaire [n° 671OCFR](#) pour changer de titulaire et le formulaire n° 378FR pour mettre à jour les renseignements sur les paiements. Veuillez remplir les sections pertinentes du formulaire n° 350FR selon le tableau ci-dessous.



## DEMANDE DE MODIFICATION SANS TARIFICATION – G3

Type de modification :	Remplissez les sections suivantes du formulaire n° 350FR														Autre
	1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	17	18	20		
Assurance temporaire	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X		
Équimax <sup>MD</sup>	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	Joignez l'illustration signée	
Équation Génération <sup>MD</sup> IV	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	Joignez l'illustration signée	
Assurance vie universelle Générations de l'Équitable <sup>MD</sup>	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	Joignez l'illustration signée	

### SECTION 1 – PARTICULARITÉS DU RÉGIME UNE FOIS LA MODIFICATION EFFECTUÉE

**Note : doit comprendre la couverture existante qui devrait rester en vigueur après avoir effectué la modification.**

Nom de la personne assurée	Description du régime	Montant	Prime
		<b>Fréquence :</b> <input type="checkbox"/> annuelle <input type="checkbox"/> mensuelle	<b>Total :</b>



## DEMANDE DE MODIFICATION SANS TARIFICATION – G3

### SECTION 2 – CONSENTEMENT ET PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

#### DÉCLARATION DES TITULAIRES ET DES PERSONNES À ASSURER :

1. Je déclare et je conviens ou nous déclarons et nous convenons que les renseignements personnels que j'ai fournis ou que nous avons fournis de plein gré à la courtière ou au courtier en assurance indépendant, à la conseillère ou au conseiller, ou encore à l'Équitable seront utilisés aux fins de service et d'administration de mon contrat d'assurance. Ils pourront aussi être utilisés aux fins d'amélioration et d'élaboration d'outils, d'algorithmes et de produits liés à l'assurance ou à la réassurance, de vérification après l'établissement, de gestion de risque et de gestion de l'exposition au risque, de détermination de la situation fiscale canadienne ou étrangère, et de traitement et d'évaluation des demandes de réclamation relativement à tout contrat d'assurance, ainsi qu'à toute assurance qui en découle et à tout autre document complémentaire.
2. Je comprends et j'autorise ou nous comprenons et nous autorisons que les renseignements personnels contenus dans les dossiers soient accessibles et qu'ils puissent être transmis au personnel autorisé de l'Équitable, au réseau de distribution des ventes de l'Équitable, à d'autres assureurs et à ses réassureurs participants, aux fournisseurs de services et à d'autres compagnies retenues par l'Équitable, à l'administration fiscale canadienne ou étrangère ainsi qu'à toute autre personne ou partie qui obtient mon ou notre autorisation.
3. Je reconnais ou nous reconnaissons que l'Équitable 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.
4. Je reconnais ou nous reconnaissons que mes ou nos renseignements personnels peuvent être traités et conservés à l'extérieur du Canada et que, par conséquent, ces renseignements sont susceptibles d'être communiqués aux autorités gouvernementales dans 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.
5. Je consents ou nous consentons à l'utilisation de mon ou notre adresse courriel pour établir un compte Accès à la clientèle de l'Équitable et fournir les avis qui y sont associés, effectuer la livraison électronique du contrat et communiquer par voie électronique à toute autre fin administrative.
6. J'autorise ou nous autorisons la divulgation de la décision de tarification concernant la présente proposition aux réassureurs de l'Équitable.
7. Je consens et j'accepte ou nous consentons et nous acceptons : a) que la présente proposition puisse être transmise à l'Équitable par voie électronique et sera considérée par l'Équitable comme l'original de la demande de la ou du titulaire; et b) à la livraison électronique du contrat d'assurance à mon intention ou à notre intention, s'il est établi, et de tout autre document ou toute autre communication écrite liée au contrat d'assurance.
8. Je conviens ou nous convenons qu'une photocopie ou une copie électronique de ces autorisations a la même valeur que le document original.

Pour tout autre renseignement au sujet des pratiques de l'Équitable en matière de vie privée et sur la façon de communiquer avec le responsable de la protection des renseignements personnels de l'Équitable, consultez le site au [www.equitable.ca/fr](http://www.equitable.ca/fr).



## DEMANDE DE MODIFICATION SANS TARIFICATION – G3

### SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS D'ORDRE JURIDIQUE

#### DÉCLARATION DES TITULAIRES ET DES PERSONNES À ASSURER :

1. Je déclare ou nous déclarons que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à jour, exacts et complets. Dans le cas des contrats d'assurance vie universelle et d'assurance vie entière, l'Équitable dans un délai de 30 jours de tout changement relatif à mon nom, à mon adresse, à mon adresse courriel, à mon emploi, aux renseignements sur mon identité, à ma résidence fiscale, à mon statut de citoyenneté américaine ou à tout numéro d'identification fiscale.
2. L'assurance faisant l'objet de la présente proposition ou une telle assurance approuvée par l'Équitable, ne prendra effet que si :
  - a) le contrat est livré ou accepté de la façon indiquée au paragraphe 2c; et
  - b) la prime initiale est payée; et
  - c) aucun changement n'a été apporté à l'assurabilité de la ou des personnes à assurer entre la date où cette proposition a été signée par la ou les personnes à assurer et
    - i) la date de la livraison du contrat d'assurance maladies graves à la ou au titulaire; ou
    - ii) la date de la livraison du contrat d'assurance vie à la ou au titulaire résidant dans une province ou un territoire autre que le Québec; ou
    - iii) la date d'approbation de la proposition d'assurance vie par l'Équitable, et ce, sans modification, pour la ou le titulaire résidant au Québec.
3. Tout avis reçu par une personne ou porté à sa connaissance n'est pas considéré comme reçu par l'Équitable ou porté à sa connaissance, sauf s'il est divulgué dans la présente proposition. Seulement une officière ou un officier autorisé par l'Équitable 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 tout contrat établi d'après la présente proposition sera considérée comme une ratification de toute modification, correction ou ajout à la présente proposition, et pourrait être indiquée par l'Équitable dans les avenants de modification.
5. Si la proposition est effectuée par une ou un titulaire (autre que la personne à assurer) :
  - a) si un contrat est établi en vertu de cette proposition, y compris tous les droits qu'il renferme, sera sous l'autorité intégrale du titulaire, sous réserve des dispositions d'un tel contrat; et
  - b) toute personne pour qui l'assurance est demandée consent à la souscription de l'assurance sur sa tête.
6. Il n'y a pas d'autre détail qui pourrait avoir une incidence sur l'assurabilité de toute personne à assurer.
7. LE DÉFAUT DE DIVULGUER CHACUN DES FAITS À LA CONNAISSANCE DE TOUTE PERSONNE TITULAIRE ET DE TOUTE 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 OU AUX RÉPONSES DONNÉES ET INDICUÉES DANS LA PRÉSENTE PROPOSITION, Y COMPRIS TOUT RENSEIGNEMENT D'ORDRE MÉDICAL OU PARAMÉDICAL ET TOUTE DÉCLARATION ÉCRITE DONNÉE COMME PREUVE D'ASSURABILITÉ RENDRA TOUTE ASSURANCE ÉTABLIE EN RELATION AVEC LA PRÉSENTE PROPOSITION, ANNULABLE PAR L'ÉQUITABLE.
8. Je reconnais ou nous reconnaissons :
  - a) avoir reçu de ma ou notre conseillère ou de mon ou notre conseiller, la divulgation et l'explication des compagnies représentées par la conseillère ou le conseiller, les permis, les commissions, la rémunération supplémentaire, les conflits d'intérêts, l'avis relatif au MIB. et, s'il y a lieu, toute convention d'assurance provisoire.
  - b) avoir passé en revue l'illustration des ventes avec ma ou notre conseillère ou mon ou notre conseiller et compris celle-ci.
9. Je demande ou nous demandons que toute correspondance future me soit transmise ou nous soit transmise en  français  anglais

#### CONSENTEMENT AU MARKETING :

Toute personne titulaire et toute personne à assurer autorisent l'Équitable à utiliser les renseignements contenus dans la présente proposition et ses dossiers existants à fournir des renseignements à mon ou notre sujet à propos de ses autres produits et services.

Oui  Non



## DEMANDE DE MODIFICATION SANS TARIFICATION – G3

### SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS D'ORDRE JURIDIQUE (SUITE)

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, 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.

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

\* Signature de la personne à assurer

Signature du témoin de toutes les signatures

(si autre que la personne à assurer)

Numéro d'assurance sociale de toute personne titulaire

\* 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)

\* Signature de la personne à assurer

La signature du cessionnaire est nécessaire si le contrat est cédé

Signature du bénéficiaire (si privilégié ou irrévocable)



## DEMANDE DE MODIFICATION SANS TARIFICATION – G3

### SECTION 4 – ENTENTE RELATIVE À LA TRADUCTION ET DÉCLARATION

La présente proposition d'assurance a-t-elle été traduite au bénéfice de toute personne à assurer ou proposant dans une langue qui n'est pas le français?  
 Oui  Non

Si la réponse est « oui », vous devez remplir les sous-sections ci-dessous.

Note : la traductrice ou le traducteur doit être âgé de 18 ans ou plus et ne doit pas être une personne à titre de :

- bénéficiaire
- titulaire
- personne à assurer, ou
- personne qui a un intérêt dans le contrat (sauf la conseillère ou le conseiller).

#### 4.1 Entente relative aux personnes à assurer ou aux titulaires proposant

Dans la présente section, les termes « vous », « votre » et « vos » renvoient aux personnes à assurer ou aux titulaires proposant.

1. Pour qui la présente proposition d'assurance a-t-elle été traduite dans une langue qui n'est pas le français?

Personne 1  Personne 2  Titulaire 1  Titulaire 2

2. Êtes-vous d'accord du fait que vos réponses aux questions demandées et traduites pour vous sont complètes et véridiques et comprenez-vous bien qu'elles font partie intégrante de la proposition d'assurance?

Personne 1  Oui  Non    Personne 2  Oui  Non    Titulaire 1  Oui  Non    Titulaire 2  Oui  Non

Note : si la réponse est « non », il n'est pas possible de poursuivre votre proposition d'assurance pour l'instant. La proposition d'assurance ne doit pas être soumise.

3. Pouvez-vous également affirmer que la présente proposition d'assurance vous a été expliquée entièrement dans votre langue préférée et que vous comprenez le contenu qui vous a été communiqué par la personne qui l'a traduit?

Personne 1  Oui  Non    Personne 2  Oui  Non    Titulaire 1  Oui  Non    Titulaire 2  Oui  Non

Note : si la réponse est « non », nous ne sommes pas en mesure de traiter votre proposition d'assurance pour l'instant. La proposition d'assurance ne doit pas être soumise.

4. Nom de la personne qui vous a fourni la traduction :

Prénom de la personne qui a fourni la traduction	Initiale du second prénom	Nom de famille
--	---------------------------	----------------

5. Lien avec les personnes à assurer ou les titulaires :

Personne assurée 1	<input type="checkbox"/> Conseillère ou conseiller <input type="checkbox"/> Autre Précisez _____	Titulaire 1	<input type="checkbox"/> Conseillère ou conseiller <input type="checkbox"/> Autre Précisez _____
Personne assurée 2	<input type="checkbox"/> Conseillère ou conseiller <input type="checkbox"/> Autre Précisez _____	Titulaire 2	<input type="checkbox"/> Conseillère ou conseiller <input type="checkbox"/> Autre Précisez _____

6. Dans quelle langue les questions ont-elles été traduites?

Personne à assurer 1		Titulaire 1	
Personne à assurer 2		Titulaire 2	

#### 4.2 Déclaration de la personne responsable de la traduction et signature

Dans la présente section, les termes « vous », « votre » et « vos » renvoient à la personne responsable de la traduction.

En signant au bas de cette page, vous déclarez que, au bénéfice des personnes à assurer ou des titulaires indiqués dans la sous-section 18.1 ci-dessus, vous avez :

- traduit fidèlement et loyalement la présente proposition d'assurance et les réponses que vous avez obtenues;
- lu tout le contenu de la présente proposition d'assurance et expliqué la nature de ce contenu et de ce qui devait être rempli; et
- observé que toutes les parties semblaient comprendre le contenu de la présente proposition d'assurance et avez fourni tous les renseignements demandés.

De plus, vous déclarez que vous n'avez aucun intérêt à l'égard de cette proposition d'assurance et que vous avez 18 ans ou plus.

Signé dans la province de	Date (jj/mm/aaaa)	Signature de la personne responsable de la traduction (s'il ne s'agit pas du conseiller)
---------------------------	-------------------	--



## DEMANDE DE MODIFICATION SANS TARIFICATION – G3

### SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSEILLER

#### Renseignements sur le conseiller

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

N° de téléphone et n° de télécopieur de l'AGG : \_\_\_\_\_

Courriel - MGA : \_\_\_\_\_

Nom de la conseillère ou 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)



## DEMANDE DE MODIFICATION SANS TARIFICATION – G3

	Oui	Non
1. Les titulaires et les personnes à assurer parlent-ils ou lisent-ils la langue dans laquelle la présente demande est rédigée? Si la réponse est « non », de quelle façon la demande a-t-elle pu être dûment remplie? Si la réponse est oui, veuillez fournir des précisions dans les notes du conseiller ci-dessous . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A-t-on déjà communiqué avec le siège social à propos de toute personne à assurer? . . . . . (Si la réponse est « oui », indiquez 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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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? . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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. (Si la réponse est « oui », précisez dans les notes du conseiller ci-dessous.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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? (Si la réponse est « oui », précisez dans les notes du conseiller ci-dessous.) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) tout renseignement supplémentaire pouvant aider dans l'évaluation de la présente demande? Si la réponse est « oui », précisez dans les notes du conseiller ci-dessous. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Une analyse des besoins financiers est-elle à l'origine de cette vente? . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai déployé des efforts raisonnables afin de déterminer si toute personne titulaire agit pour le compte d'un tiers. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai révisé l'illustration des ventes avec la ou le titulaire et lui en ai expliqué le contenu. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai passé en revue les renseignements fournis contenus dans la présente proposition d'assurance avec toute personne titulaire et, à ma connaissance, ces renseignements sont complets et véridiques. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### NOTES DU CONSEILLER



---

## DEMANDE DE MODIFICATION SANS TARIFICATION – G3

---

### **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.