



DEMANDE DE MODIFICATION OU DE REMISE EN VIGUEUR - PROTECTION FINALE OU PROTECTION SANTÉCLAIR

Je soussigné ou soussignée, ou nous soussignés, par la présente, demande ou demandons auprès de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (la « Compagnie ») de modifier le contrat tel que décrit ci-dessous, de la manière suivante :

Demande pour le contrat numéro _____ Toute personne titulaire _____
Toute personne assurée _____
Adresse de toute personne titulaire de contrat _____
Date de naissance de toute personne assurée _____ Pays de naissance de toute personne titulaire de contrat _____
Numéro de téléphone de toute personne titulaire de contrat _____
Adresse courriel de toute personne titulaire de contrat _____

NOTA : aucuns frais ne s'appliquent au traitement de la modification. DES FRAIS DE 50 \$ S'APPLIQUERONT POUR ANNULER LA DEMANDE DE MODIFICATION. Vous pouvez annuler la modification dans un délai de 21 jours ouvrables à compter de la date du traitement de la modification.

PROTECTION FINALE

Veillez indiquer la modification ou la remise en vigueur demandée et remplir les sections requises en fonction de la modification.

Nota : les exigences peuvent varier selon la modification demandée.

- Retrait de** _____ – personnes assurées : (sections 1, 4 et 5)
- Réduction à** – sommes assurées : (sections 1, 4 et 5) minimum de 5 000 \$ _____
- Statut tabagique de fumeur à non-fumeur** – (sections 1, 2, 4 et 5)
- Assurance libérée réduite** – (sections 1, 4 et 5)
- Remise en vigueur** – (sections 2 et 4)
 - Veillez reprendre les débits préautorisés avec les nouveaux renseignements bancaires. Vous trouverez ci-joint un chèque portant la mention « annulé ».
 - Veillez reprendre les débits préautorisés avec les renseignements bancaires déjà au dossier.

PROTECTION SANTÉCLAIR

Veillez indiquer la modification ou la remise en vigueur demandée et remplir les sections requises en fonction de la modification.

Nota : les exigences peuvent varier selon la modification demandée.

- Suppression du remboursement des primes à l'expiration ou du remboursement des primes au décès** _____ – (sections 1, 4 et 5)
- Réduction à** – sommes assurées : (sections 1, 4 et 5) minimum de 10 000 \$ _____
- Statut tabagique de fumeur à non-fumeur** – (sections 1, 3, 4 et 5)
- Droit de modification – pour les régimes renouvelables de 10 ans jusqu'à l'âge de 75 ans seulement** – (sections 1, 4 et 5)
- Remise en vigueur** – (sections 2 et 3)
 - Veillez reprendre les débits préautorisés avec les nouveaux renseignements bancaires. Vous trouverez ci-joint un chèque portant la mention « annulé ».
 - Veillez reprendre les débits préautorisés avec les renseignements bancaires déjà au dossier.



DEMANDE DE MODIFICATION OU DE REMISE EN VIGUEUR - PROTECTION FINALE OU PROTECTION SANTÉCLAIR

1. Particularités du régime une fois la modification effectuée

Nom de toute personne assurée	Somme assurée de la couverture	Prime
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Fréquence : Annuelle Mensuelle Total _____



DEMANDE DE MODIFICATION OU DE REMISE EN VIGUEUR - PROTECTION FINALE OU PROTECTION SANTÉCLAIR

2. Protection finale - Déclaration relative à l'usage du tabac et antécédents personnels

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.

Nota : afin d'être admissible au statut non-fumeur, vous devez avoir répondu « non » aux questions 1 à 12.

- 1. 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?
2. Au cours des deux dernières années, une assurance vie, autre que l'assurance collective ou l'assurance hypothèque collective vous a-t-elle été refusée ou différée?
3. Êtes-vous actuellement une personne hospitalisée dans un établissement de soins infirmiers, alitée ou confinée à un fauteuil roulant, ou vous a-t-on informée ou informé que l'une de ces situations est nécessaire en raison de votre état de santé?
4. Au cours des deux dernières années, avez-vous subi une amputation par suite d'une maladie?
5. Au cours des deux dernières années, avez-vous reçu le diagnostic ou avez-vous été hospitalisée ou hospitalisé, ou encore traitée ou traité (par un autre moyen que les médicaments) pour l'une des maladies ou affections suivantes :
a) angine de poitrine, crise cardiaque, insuffisance cardiaque ou cardiomyopathie?
b) cancer (autre que le carcinome basocellulaire)?
c) leucémie?
d) lymphome?
e) maladie rénale chronique?
6. Au cours des deux dernières années, vous a-t-on prescrit un nouveau médicament ou était-il nécessaire d'augmenter la médication pour l'une des maladies ou affections suivantes :
a) angine de poitrine, crise cardiaque, insuffisance cardiaque ou cardiomyopathie?
b) cancer (autre que le carcinome basocellulaire)?
c) leucémie?
d) lymphome?
e) maladie rénale chronique?
7. Au cours des deux dernières années, avez-vous reçu le diagnostic ou avez-vous été hospitalisée ou hospitalisé pour l'une des maladies ou affections suivantes :
a) maladie respiratoire chronique qui a nécessité l'administration d'oxygène?
b) maladie du foie (autre qu'une dégénérescence graisseuse du foie)?
c) coma diabétique ou choc insulinique?
d) accident vasculaire cérébral?
8. Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi une transplantation d'organe ou une greffe de moelle osseuse, ou vous a-t-on informée ou informé que l'une de ces procédures s'avérait nécessaire?
9. Au cours des cinq dernières années, y a-t-il eu une réapparition de cancer ou avez-vous reçu le diagnostic d'un cancer dans plus d'une partie de votre corps?
10. Avez-vous déjà obtenu des résultats positifs au test de dépistage du VIH ou subi des traitements (y compris la médication) pour le SIDA ou le complexe lié au sida?
11. Avez-vous déjà reçu le diagnostic ou un traitement (y compris la médication) pour l'une des maladies ou affections suivantes : sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou de Gehrig), maladie d'Alzheimer ou démence?
12. Avez-vous déjà reçu le diagnostic ou un traitement pour toute maladie incurable en phase terminale pour laquelle vous avez été informée ou informé d'une espérance de vie de moins de 12 mois?

Table with 4 columns: PERSONNE 1 (OUI, NON), PERSONNE 2 (OUI, NON). Contains checkboxes for each question.



3. Protection santéclair - Déclaration relative à l'usage du tabac et antécédents personnels

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.

Nota : afin d'être admissible au statut non-fumeur, vous devez avoir répondu « non » aux questions 1 à 12.

1. 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?
2. Au cours des deux dernières années, avez-vous déjà présenté une proposition pour une assurance maladies graves ou une assurance vie qui a été refusée, différée ou modifiée de quelque façon que ce soit?
3. Avez-vous : i) déjà subi des examens; ii) déjà reçu la recommandation d'un examen; iii) eu un examen dont vous attendez les résultats ou qui n'a pas encore eu lieu; iv) déjà reçu un traitement; v) déjà reçu un traitement pour tout symptôme, toute plainte ou tout signe; vi) déjà manifesté des symptômes, des plaintes ou des signes relativement à l'une des affections suivantes :
 - a) maladie coronarienne, angine de poitrine, souffle court, douleur thoracique, angioplastie, chirurgie coronarienne, chirurgie cardiaque, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, accidents ischémiques transitoires (AIT) ou toute autre maladie cérébrovasculaire, maladie du cœur ou maladie vasculaire?
 - b) diabète, taux de sucre anormal, anomalie de la glande thyroïde, de l'hypophyse, de la lymphé, de la surrénale, maladie rénale chronique ou trouble endocrinien?
 - c) cancer ou autre maladie maligne, comme la leucémie, le lymphome ou une tumeur, test Pap anormal (sans examen de suivi normal), ou polypes dans le côlon (sans examen de suivi normal - coloscopie)?
 - d) pathologie ou trouble mammaire, masse au sein, kyste au sein, mammographie anormale, biopsie du sein anormale, douleur au sein non diagnostiquée, trouble prostatique, nodule prostatique, ASP anormal ou résultats anormaux d'une échographie?
 - e) sida, VIH, maladie liée au sida, hypertrophie constante des glandes lymphatiques, analyse de sang anormale de façon chronique ou tout trouble du système immunitaire?
 - f) hépatite B ou C (y compris l'état de porteur de l'hépatite B), résultats anormaux de tests de fonction hépatique, résultats anormaux d'une biopsie ou d'une échographie ou toute forme de maladie du foie?
 - g) maladie de Crohn, colite ulcéreuse, douleur abdominale persistante non diagnostiquée, saignements rectaux ou toute autre maladie du côlon, du rectum, de l'estomac, de l'œsophage autre que le reflux œsophagien, un ulcère maîtrisé par les médicaments ou le syndrome du côlon irritable?
4. Au cours des cinq dernières années, avez-vous :
 - a) reçu un traitement ou des conseils relativement à la consommation d'alcool, de médicaments ou de drogues; ou fait partie d'un organisme ou programme en raison de votre consommation d'alcool, de médicaments ou de drogues?
 - b) consommé des drogues telles que stupéfiants, héroïne, morphine, Demerol, LSD, hachisch, hallucinogènes, amphétamines, barbituriques, tranquillisants, stéroïdes anabolisants ou toute drogue ou tout médicament non prescrit par un médecin ou un médecin autorisé, ou telles que la méthadone, qu'il soit prescrit ou non par un médecin?
 - c) consommé de la marijuana plus de deux fois par semaine sur ordonnance d'un médecin ou non?
5. Y a-t-il au moins deux membres de votre famille immédiate (mère, père, frère ou sœur) qui ont reçu le diagnostic ou un traitement relativement à une maladie du cœur, un anévrisme, un accident vasculaire cérébral, la maladie polykystique des reins ou un cancer avant l'âge de 60 ans?
6. Votre poids actuel excède-t-il le poids indiqué par rapport à votre taille selon les tableaux suivants?

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	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"/>
<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"/>
<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"/>

Taille (po)	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67
Poids (lb)	174	180	186	196	199	206	213	220	227	234	241	249
Taille (cm)	142	145	147	150	152	155	157	160	163	165	168	170
Poids (kg)	79	82	84	88	90	93	97	100	103	106	109	113

Taille (po)	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78
Poids (lb)	256	264	272	279	287	295	303	312	320	329	337
Taille (cm)	173	175	178	180	183	185	188	190	193	196	198
Poids (kg)	116	120	123	127	130	134	137	142	145	149	153



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 L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (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. 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.
5. J'ai reçu ou nous avons reçu l'avis relatif au MIB, LLC et j'autorise ou nous autorisons toute médecin et tout médecin, toute praticienne ou tout praticien, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical, 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 à assurer, à fournir ces renseignements, y compris les antécédents médicaux, à la Compagnie ou à ses réassureurs. J'autorise ou nous autorisons la Compagnie à divulguer ces renseignements à mon ou mes médecins traitants. Notons qu'une photocopie de cette autorisation aura la même valeur que le document original.
6. J'autorise ou nous autorisons la Compagnie à fournir les renseignements liés à ma ou notre santé et à mon ou notre style de vie, ainsi que les renseignements médicaux obtenus pendant le processus de tarification, peu importe la source, à ma conseillère ou mon conseiller ou notre conseillère ou conseiller afin qu'il puisse m'expliquer toute évaluation défavorable de mon ou notre assurabilité. OUI NON
7. Je consens ou nous consentons à l'obtention de rapports sur le consommateur (rapport de solvabilité) contenant des renseignements personnels et de solvabilité.

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.

5. Renseignements juridiques

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. Ces déclarations et réponses indiquées dans l'original de la proposition d'assurance, ainsi que toute preuve d'assurabilité supplémentaire que je vous ai ou que nous vous avons fournie, serviront ensemble à déterminer l'assurabilité.
2. L'assurance et la modification faisant l'objet de la présente demande ou une telle assurance ou modification approuvée par la Compagnie, n'entrera en vigueur que si :
i) la présente demande est approuvée par la Compagnie; et ii) un avenant confirmant l'assurance et la modification est établi par la Compagnie.
3. Je n'ai ou nous n'avons connaissance de l'omission d'aucun détail dans la présente demande, la proposition d'assurance originale et toute autre preuve d'assurabilité que j'ai ou que nous avons fournie qui pourrait avoir une incidence sur l'assurabilité de toute personne assurée.
4. La présente demande peut être transmise à la Compagnie par voie électronique et sera considérée par la Compagnie comme la demande de modification du contrat de la proposante ou du proposant, ou encore de la ou du titulaire.

LE DÉFAUT DE DIVULGUER CHACUN DES FAITS À LA CONNAISSANCE DE LA PERSONNE PROPOSANTE OU TITULAIRE, OU ENCORE DE TOUTE PERSONNE ASSURÉE, QUI SONT IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURANCE ET DE LA MODIFICATION DEMANDÉE, OU IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURABILITÉ DE TOUTE PERSONNE ASSURÉE, OU TOUTE FAUSSE REPRÉSENTATION OU DÉCLARATION ERRONÉE QUANT AUX FAITS, AUX DÉCLARATIONS, AUX RENSEIGNEMENTS OU AUX RÉPONSES DONNÉES ET INDIQUÉES DANS LA PRÉSENTE DEMANDE DE MODIFICATION ET LA PROPOSITION D'ASSURANCE ORIGINALE ET TOUTE PREUVE D'ASSURABILITÉ SUPPLÉMENTAIRE QUE JE VOUS AI OU QUE NOUS VOUS AVONS FOURNIE RENDRA TOUTE ASSURANCE ET TOUTE MODIFICATION ÉTABLIES EN RELATION AVEC LA PRÉSENTE DEMANDE DE MODIFICATION ANNULABLE PAR LA COMPAGNIE.

Signé à _____ le _____ 20____.
(ville) (province) (jour) (mois)

Signature de toute personne proposante ou titulaire



DEMANDE DE MODIFICATION OU DE REMISE EN VIGUEUR - PROTECTION FINALE OU PROTECTION SANTÉCLAIR

PERSONNE 1	PERSONNE 2
Signature de la personne assurée	Signature de la personne assurée
Témoin à toutes les signatures	Signature de la ou du cessionnaire si le contrat est cédé
Signature de la ou du bénéficiaire (si irrévocable)	
!	

AVIS RELATIF AU MIB, LLC

Les renseignements concernant l'assurabilité de toute personne assurée seront traités en toute confidentialité. L'Équitable ou ses réassureurs pourraient toutefois soumettre un bref rapport au MIB, LLC., connu auparavant sous le nom Medical Information Bureau (Bureau des renseignements médicaux). Le 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 elle. 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, le MIB 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; au numéro de téléphone suivant : 1 866 692-6901 ou à l'adresse courriel suivante : 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 leurs 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 du MIB, LLC destinés aux consommateurs sont disponibles à l'adresse www.mib.com.

6. Renseignements sur le conseiller (en lettres moulées s.v.p.) :

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 de la conseillère ou du conseiller	Agente ou agent de service	N° de conseiller	%	N° de téléphone du conseiller	N° de télécopieur du conseiller
1) _____	_____	_____	_____	_____	_____
2) _____	_____	_____	_____	_____	_____

Signature du conseiller : _____ Date : _____

Adresse courriel du conseiller : _____

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

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 1 800 722-6615.