



**DEMANDE DE TRANSFORMATION : D'UNE ASSURANCE VIE TEMPORAIRE SUR UNE TÊTE  
EN UNE ASSURANCE VIE PERMANENTE CONJOINTE**

**PERSONNE ASSURÉE 1**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

**PERSONNE ASSURÉE 2**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

**Contrats d'assurance vie temporaire actuels à transformer :**

Contrat	Numéro de contrat	Montant	Date d'établissement*	Personne assurée 1 ou 2
1				
2				
3				
4				

\* La date d'établissement des contrats actuels doit être le 1<sup>er</sup> avril 2022 ou une date ultérieure. L'admissibilité des contrats, dont la date d'établissement est antérieure au 1<sup>er</sup> avril 2022, à la transformation en un contrat d'assurance vie conjointe doit être approuvée. Pour ce faire, veuillez envoyer un courriel à l'adresse « [inforcelifemail@equitable.ca](mailto:inforcelifemail@equitable.ca) » en indiquant les numéros de contrat avant de remplir le présent formulaire.

**Toute personne titulaire actuelle :**

Noms : \_\_\_\_\_

 Contrat : 1       2       3       4 

Noms : \_\_\_\_\_

 Contrat : 1       2       3       4 
**Montant de couverture devant être transformé**

Le montant de la nouvelle couverture d'assurance vie conjointe ne peut pas dépasser le montant total d'assurance temporaire sur la tête de la personne assurée 1 ou la personne assurée 2.

Contrat	A (montant actuel)	B (nouveau montant)	C (montant annulé)	D (montant restant)
1				
2				
3				
4				

Montant de la couverture d'assurance vie temporaire actuelle (A)

Montant de la couverture d'assurance vie temporaire actuelle qui doit être annulé (C)

Montant de la nouvelle couverture d'assurance vie conjointe demandé (B)

Montant de la couverture d'assurance vie temporaire actuelle qui doit demeurer au titre du contrat ou de l'avenant d'assurance vie temporaire original (D)

A doit correspondre à B + C + D pour chaque contrat



## DEMANDE DE TRANSFORMATION : D'UNE ASSURANCE VIE TEMPORAIRE SUR UNE TÊTE EN UNE ASSURANCE VIE CONJOINTE PERMANENTE

Aucun avenant d'assurance temporaire n'est offert avec les contrats d'assurance vie conjointe.

Type de contrat actuel	Transformable en	Notes
assurance vie temporaire	assurance vie entière avec participation Équimax <sup>MD</sup> assurance vie universelle Équation Génération <sup>MD</sup> IV assurance vie universelle Générations de l'Équitable <sup>MC</sup>	Le présent formulaire vise à transformer plusieurs contrats d'assurance vie sur une tête en un contrat d'assurance vie conjointe. Un avenant de protection pour enfants peut être souscrit le cas échéant. L'ODE n'est permis qu'au titre des transformations avec tarification – veuillez remplir le formulaire Proposition d'assurance vie ou d'assurance maladies graves (n° 350FR).

Nota : aucuns frais ne sont imputés pour le traitement de la transformation. Des frais de 50 \$ s'appliqueront pour annuler la transformation. Il est possible d'annuler la transformation dans un délai de 21 jours ouvrables à compter de la date d'établissement du contrat d'assurance vie conjointe transformé.

### Nouveau titulaire principal

Je comprends ou nous comprenons que cette adresse sera utilisée à titre d'adresse de facturation, à moins que l'Assurance vie Équitable n'en reçoive l'indication contraire.

Nouvelle titulaire ou nouveau titulaire de contrat :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Adresse (rue, ville, code postal) :

Numéro de téléphone :

Numéro d'assurance sociale (NAS) :

Adresse courriel :

Emploi (titre de poste et fonctions) – si vous ne travaillez pas actuellement, veuillez indiquer votre ancien emploi :

Veuillez sélectionner l'une des trois options de vérification de l'identité :

**Vérification de l'identité :** votre identité canadienne doit être vérifiée par votre conseillère ou votre conseiller. Veuillez choisir l'une des pièces d'identité suivantes : permis de conduire provincial, carte provinciale avec photo (sauf la carte d'assurance maladie provinciale), passeport, carte de citoyenneté (délivrée avant 2012), carte de résident permanent ou certificat sécurisé de statut d'Indien.

À titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la titulaire ou le titulaire, j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire. Veuillez préciser :

Type de pièce d'identité	Numéro d'identification	Territoire de compétence ou pays de délivrance	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)	Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa)

Si vous ne possédez pas l'une de ces pièces d'identité indiquées ci-dessus, ou si cela n'est pas effectué en personne, veuillez vous rendre au site [www.equitable.ca/aller/autre-identite](http://www.equitable.ca/aller/autre-identite) pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité.

À titre de conseillère ou conseiller, j'ai suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité, y compris la revue de deux documents valides et actuels de catégories\* différentes comme indiqué dans les directives. Veuillez préciser :

Catégorie*	Type de document	Émetteur du document	Numéro du document ou du compte	Date du document** (jj/mm/aaaa)	Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa)

\* catégorie A – nom et adresse, catégorie B – nom et date de naissance, catégorie C – nom et renseignements sur le compte.

\*\* Indiquer la date d'expiration le cas échéant, sinon la date de délivrance.

Je, personne titulaire, consens à ce que l'Assurance vie Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services et communique les résultats à ma conseillère ou mon conseiller aux fins de conformité à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent.



## DEMANDE DE TRANSFORMATION : D'UNE ASSURANCE VIE TEMPORAIRE SUR UNE TÊTE EN UNE ASSURANCE VIE CONJOINTE PERMANENTE

### Déclaration de la résidence fiscale

(dans le cas des contrats d'assurance vie entière, d'assurance vie universelle et non enregistrés seulement)

**Nouvelle titulaire ou nouveau titulaire de contrat :** veuillez choisir toutes les options qui vous concernent.

- Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt.
- Je suis résidente ou résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyenne ou citoyen des États-Unis :  
veuillez fournir le numéro d'identification fiscal des États-Unis (TIN) ou l'équivalent fonctionnel : \_\_\_\_\_
- Je suis résidente ou résident aux fins de l'impôt dans un territoire de compétence autre que le Canada ou les États-Unis :  
Territoire de compétence de la résidence fiscale : \_\_\_\_\_ NIF ou l'équivalent fonctionnel : \_\_\_\_\_

Si vous ne possédez pas de NIF ou d'équivalent fonctionnel pour un territoire de compétence en particulier, veuillez choisir l'une des raisons suivantes :

- a) je ferai la demande ou j'ai fait la demande d'un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu
- b) mon territoire de compétence de résidence n'émet pas de NIF à ses résidents
- autre raison : \_\_\_\_\_

### Nouveau cotitulaire

S'il devait y avoir une nouvelle ou un nouveau cotitulaire, veuillez fournir les renseignements ci-dessous :

Nouvelle titulaire ou nouveau titulaire de contrat :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Adresse (rue, ville, code postal) :

Numéro de téléphone :

Numéro d'assurance sociale (NAS) :

Adresse courriel :

Emploi (titre de poste et fonctions) – si vous ne travaillez pas actuellement, veuillez indiquer votre ancien emploi :

Veuillez sélectionner l'une des trois options de vérification de l'identité :

**Vérification de l'identité :** votre identité canadienne doit être vérifiée par votre conseillère ou votre conseiller. Veuillez choisir l'une des pièces d'identité suivantes : permis de conduire provincial, carte provinciale avec photo (sauf la carte d'assurance maladie provinciale), passeport, carte de citoyenneté (délivrée avant 2012), carte de résident permanent ou certificat sécurisé de statut d'Indien.

- À titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la titulaire ou le titulaire, j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire. Veuillez préciser :

Type de pièce d'identité	Numéro d'identification	Territoire de compétence ou pays de délivrance	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)	Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa)

Si vous ne possédez pas l'une de ces pièces d'identité indiquées ci-dessus, ou si cela n'est pas effectué en personne, veuillez vous rendre au site [www.equitable.ca/aller/autre-identite](http://www.equitable.ca/aller/autre-identite) pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité.

- À titre de conseillère ou conseiller, j'ai suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité, y compris la revue de deux documents valides et actuels de catégories\* différentes comme indiqué dans les directives. Veuillez préciser :

Catégorie*	Type de document	Émetteur du document	Numéro du document ou du compte	Date du document** (jj/mm/aaaa)	Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa)

\* catégorie A – nom et adresse, catégorie B – nom et date de naissance, catégorie C – nom et renseignements sur le compte.

\*\* Indiquer la date d'expiration le cas échéant, sinon la date de délivrance

- Je, cotitulaire, consens à ce que l'Assurance vie Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services et communique les résultats à ma conseillère ou mon conseiller aux fins de conformité à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent.



## DEMANDE DE TRANSFORMATION : D'UNE ASSURANCE VIE TEMPORAIRE SUR UNE TÊTE EN UNE ASSURANCE VIE CONJOINTE PERMANENTE

### Déclaration de la résidence fiscale

(dans le cas des contrats d'assurance vie entière, d'assurance vie universelle et non enregistrés seulement)

#### Nouvelle titulaire ou nouveau titulaire de contrat conjoint : veuillez choisir toutes les options qui vous concernent.

- Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt.
- Je suis résidente ou résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyenne ou citoyen des États-Unis : veuillez fournir le numéro d'identification fiscal des États-Unis (TIN) ou l'équivalent fonctionnel : \_\_\_\_\_
- Je suis résidente ou résident aux fins de l'impôt dans un territoire de compétence autre que le Canada ou les États-Unis :  
Territoire de compétence de la résidence fiscale : \_\_\_\_\_ NIF ou l'équivalent fonctionnel : \_\_\_\_\_

Si vous ne possédez pas de NIF ou d'équivalent fonctionnel pour un territoire de compétence en particulier, veuillez choisir l'une des raisons suivantes :

- a) je ferai la demande ou j'ai fait la demande d'un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu
- b) mon territoire de compétence de résidence n'émet pas de NIF à ses résidents  autre raison : \_\_\_\_\_

### Bénéficiaires

- Toute personne bénéficiaire doit être la personne qui survit aux personnes assurées (assurance vie conjointe premier décès seulement – veuillez passer à la section Particularités de la couverture).
- Les bénéficiaires doivent être les personnes indiquées ci-dessous.

#### À propos des désignations de bénéficiaire irrévocable

Si vous désignez une bénéficiaire ou un bénéficiaire irrévocable, vous devrez obtenir le consentement écrit de ce bénéficiaire pour apporter des modifications au contrat, céder des garanties ou la valeur de rachat, retirer des fonds ou effectuer le transfert de propriété. Une personne mineure ne peut pas donner son consentement jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de la majorité. Les parents ou les tuteurs ne peuvent pas donner leur consentement au nom d'une personne mineure.

**Dans toutes les provinces, sauf au Québec**, la désignation de bénéficiaire est **révocable**, sauf si vous choisissez *irrévocable*.

**Au Québec**, si vous désignez votre conjointe ou votre conjoint (marié), ou encore votre conjoint de fait (d'union civile) comme bénéficiaire, la désignation de bénéficiaire est **irrévocable**, sauf si vous choisissez *révocable*. Toute autre désignation de bénéficiaire est **révocable**, sauf si vous choisissez *irrévocable*.

#### Personne bénéficiaire principale

Prénom	Nom de famille	Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa)	Lien*	Désignation de bénéficiaire	Fiduciaire s'applique	Prestation répartie également ou selon le pourcentage indiqué
				<input type="checkbox"/> révocable <input type="checkbox"/> irrévocable	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> révocable <input type="checkbox"/> irrévocable	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> révocable <input type="checkbox"/> irrévocable	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> révocable <input type="checkbox"/> irrévocable	<input type="checkbox"/>	

#### Bénéficiaire subsidiaire

Si les personnes bénéficiaires principales mentionnées ci-dessus décèdent avant moi, je désigne les personnes suivantes à titre de bénéficiaires subsidiaires pour recevoir le produit :

Prénom	Nom de famille	Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa)	Lien*	Désignation de bénéficiaire	Fiduciaire s'applique	Prestation répartie également ou selon le pourcentage indiqué
				<input type="checkbox"/> révocable <input type="checkbox"/> irrévocable	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> révocable <input type="checkbox"/> irrévocable	<input type="checkbox"/>	

\* Lien avec la personne à assurer ou lien avec le titulaire lorsque la loi du Québec s'applique  
**Fiduciaire pour les personnes bénéficiaires mineures** (sans objet au Québec)

Nom (prénom et nom de famille) : \_\_\_\_\_



## DEMANDE DE TRANSFORMATION : D'UNE ASSURANCE VIE TEMPORAIRE SUR UNE TÊTE EN UNE ASSURANCE VIE CONJOINTE PERMANENTE

### Renseignements sur la couverture au titre du contrat transformé

Le contrat transformé sera établi conformément à l'illustration signée soumise avec la présente demande. L'illustration signée doit être soumise avec la présente demande pour obtenir les renseignements requis et compléter ainsi le processus de transformation. L'illustration doit avoir été générée par la version la plus récente du Système d'illustration des ventes de l'Équitable et comprendre toute surprime du contrat d'assurance vie temporaire actuel ainsi que le mode de paiement souhaité (soit annuel ou mensuel). L'âge conjoint repose sur l'âge, le sexe et la catégorie de risques des personnes assurées, ainsi que toute surprime. Consulter l'illustration pour l'âge conjoint.

Souhaitez-vous antidater la proposition pour conserver l'âge?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date souhaitée : \_\_\_\_\_ (mm/aaaa)

Nota : toutes les modifications de contrat doivent avoir lieu lors d'un anniversaire mensuel. Les transformations peuvent être antidatées jusqu'à 364 jours dans le cas des régimes d'assurance vie universelle et d'assurance vie entière.

Paiement de la prime :  annuel (par chèque ou en ligne)  mensuel (utiliser le service de débit préautorisé existant du contrat d'assurance vie temporaire actuel \_\_\_\_\_  
– la date de débit de l'assurance vie universelle doit être la même que la date d'établissement)

Les nouveaux renseignements bancaires doivent être soumis en joignant le formulaire [Service de débit préautorisé \(DPA\) \(n° 378FR\)](#) dûment rempli. À la section N° de contrat, veuillez indiquer : demande de transformation du contrat n° \_\_\_\_\_ en date du \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

### Source des fonds

Veuillez sélectionner toutes les options qui s'appliquent :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salaire ou revenu gagné                            | <input type="checkbox"/> Revenu d'entreprise                                   |
| <input type="checkbox"/> Vente d'une propriété                              | <input type="checkbox"/> Fonds empruntés                                       |
| <input type="checkbox"/> Dons   | <input type="checkbox"/> Produit d'une prestation de décès ou de la succession |
| <input type="checkbox"/> Épargne des souscripteurs, proposant ou titulaires | <input type="checkbox"/> Autre _____   |

### Objet du contrat transformé

Veuillez indiquer la raison ou les raisons mentionnées par la cliente ou le client pour lesquelles il souhaite souscrire ce contrat (tous les contrats ne conviennent pas à toutes fins). (Veuillez sélectionner au moins une des options en caractères gras. Tous les contrats ne conviennent pas à toutes fins.)

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

### Tiers (à remplir pour toutes les propositions)

En soumettant la présente demande, la titulaire ou le titulaire du contrat agit-il au nom d'un tiers?

Votre réponse doit être affirmative dans le cas où une personne autre que le titulaire ou la personne à assurer acquitte ou acquittera la prime, ou encore détient ou détiendra un intérêt dans le contrat transformé. Par exemple, un mandataire qui signe au nom d'un titulaire, une personne autre que ce dernier ou que la personne à assurer qui acquitte les primes ou une société qui fait usage ou accède aux valeurs du contrat transformé.

NON  OUI – Veuillez remplir soit la section Tiers – individu ou Tiers – entreprise ou entité, selon le cas, du formulaire Renseignements sur le tiers (n° 31FR) .



## DEMANDE DE TRANSFORMATION : D'UNE ASSURANCE VIE TEMPORAIRE SUR UNE TÊTE EN UNE ASSURANCE VIE CONJOINTE PERMANENTE

### Postes politiques (dans le cas des contrats d'assurance vie universelle, d'assurance vie entière ou non enregistrés seulement)

Utiliser cette section si la payeuse ou le payeur devient une personne politiquement exposée, si un dépôt est égal ou supérieur à 100 000 \$ ou si on vous a demandé de remplir cette section.

Aux fins de cette question :

- Le terme « payeuse » ou « payeur » s'entend de la personne qui effectue les paiements au titre du contrat.
- Le terme « membre de la famille » s'entend de la conjointe ou du conjoint, de l'ex-conjointe ou de l'ex-conjoint, de la sœur, du frère, du parent, de la belle-mère ou du beau-père, ou encore de l'enfant biologique ou de l'enfant adopté.
- Le terme « proche collaboratrice » ou « proche collaborateur » s'entend d'une personne étroitement liée au payeur pour des raisons personnelles ou commerciales.
- Le terme « conjointe » ou « conjoint » s'entend du conjoint ou du conjoint de fait.
- Le terme « ex-conjointe » ou « ex-conjoint » s'entend de l'ex-conjoint ou de l'ex-conjoint de fait.

**Le payeur ou l'un des proches collaborateurs occupe-t-il, ou a-t-il déjà occupé, l'un des postes indiqués ci-dessous? OU Le payeur est-il un membre de la famille d'une personne qui occupe ou a déjà occupé l'un des postes ci-dessous?**

Non  Oui - veuillez indiquer le poste occupé ci-dessous

#### Postes occupés au Canada ou dans un autre pays

Nota : pour les postes occupés au Canada, veuillez indiquer seulement les postes occupés au cours des cinq dernières années. Pour tous les autres pays, veuillez indiquer tous les postes déjà occupés.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chef d'État ou chef du gouvernement (y compris gouverneur général ou lieutenant-gouverneur)<br><input type="checkbox"/> Présidente ou président d'une société ou d'une banque d'État (y compris une société entièrement détenue par un gouvernement fédéral ou provincial).<br><input type="checkbox"/> Membre du conseil exécutif de gouvernement ou membre d'une assemblée législative (y compris du sénat, de la Chambre des communes ou d'une assemblée provinciale)<br><input type="checkbox"/> Chef d'une agence gouvernementale<br><input type="checkbox"/> Juge (au Canada seulement, doit être juge d'une cour d'appel) | <input type="checkbox"/> Chef d'un organisme international établi par les gouvernements des pays ou chef d'une institution de cet organisme (veuillez l'indiquer seulement si le poste a été occupé au cours des cinq dernières années)<br><input type="checkbox"/> Commissaire (ou équivalent)<br><input type="checkbox"/> Chef ou encore présidente ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative<br><input type="checkbox"/> Ambassadrice ou ambassadeur, attachée ou attaché, ou encore conseillère ou conseiller d'une ambassadrice ou d'un ambassadeur<br><input type="checkbox"/> Officière ou officier ayant le rang de général ou un rang supérieur<br><input type="checkbox"/> Maire ou mairesse d'une municipalité canadienne (ne comprend pas les maires dans d'autres pays que le Canada) |
|---|---|

Si vous avez répondu par l'affirmative à la question ci-dessus, veuillez indiquer les renseignements suivants :

Quel est le nom de la personne qui occupe ou qui occupait ce poste?

Quel est le titre du poste occupé?

Poste occupé de : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
(première année) (dernière année)

Dans quel pays ce poste a-t-il été occupé?

Auprès de quelle organisation, quel gouvernement ou institution ce poste a-t-il été occupé?

Comment cette personne est-elle liée à la payeuse ou au payeur?

- La personne est la payeuse ou le payeur  
 Membre de la famille (lien) : \_\_\_\_\_  
 Proche collaboratrice ou proche collaborateur (lien) : \_\_\_\_\_

**Quelle est la source du patrimoine de la payeuse ou du payeur** (veuillez choisir toutes les réponses qui s'appliquent) :

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salaire ou revenu gagné                          | <input type="checkbox"/> Revenu d'entreprise | <input type="checkbox"/> Héritage    |
| <input type="checkbox"/> Revenu de la propriété ou portefeuille d'actions | <input type="checkbox"/> Revenu de placement | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| <input type="checkbox"/> Loterie  |  |                                      |



## DEMANDE DE TRANSFORMATION : D'UNE ASSURANCE VIE TEMPORAIRE SUR UNE TÊTE EN UNE ASSURANCE VIE CONJOINTE PERMANENTE

### Déclaration, reconnaissance, entente et autorisation

1. Dans le cas des contrats conjoints, les termes « je », « me », « ma », « mon » et « mes » renvoient aux deux titulaires du contrat.
2. J'ai reçu les renseignements de ma conseillère ou de mon conseiller concernant la transformation de mon contrat d'assurance vie temporaire actuel en un contrat d'assurance vie permanente et les options qui me sont offertes. J'ai passé en revue l'illustration de mon contrat transformé annexée au présent formulaire.  
Ma signature sur cette illustration et la présente demande consiste en mon autorisation à transformer mon contrat d'assurance vie temporaire actuel. J'autorise l'Assurance vie Équitable du Canada<sup>MD</sup> à utiliser la couverture, le mode d'affectation des participations, le type de prime ainsi que l'affectation de placement et du compte auxiliaire choisie comme indiqué sur l'illustration ci-jointe.  
Je conviens que mon contrat transformé sera établi en conséquence.
3. Si je ne retourne pas le contrat transformé à l'Assurance vie Équitable du Canada dans les 21 jours après qu'il m'ait été livré, cela signifiera que je l'ai accepté. La transformation de mon contrat d'assurance vie temporaire actuel en un contrat transformé sera définitive et irréversible après 21 jours suivant la livraison du contrat transformé.
4. J'autorise et j'accepte que l'Assurance vie Équitable du Canada, ses agents et ses réassureurs recueillent, utilisent, conservent et divulguent tous les renseignements nécessaires à l'administration de mon contrat transformé. Je comprends que la politique sur la vie privée de l'Assurance vie Équitable est disponible au [www.equitable.ca/fr](http://www.equitable.ca/fr). J'autorise l'Assurance vie Équitable du Canada à utiliser mon numéro d'assurance sociale ou autre numéro d'identification fiscal à des fins de déclaration d'impôt et d'identification.
5. Je comprends que l'Assurance vie Équitable du Canada se fie à l'exactitude des renseignements sur la demande qu'elle détient concernant mon contrat d'assurance vie temporaire actuel. Si j'ai fait une fausse déclaration importante au moment de présenter ma demande concernant mon contrat d'assurance vie temporaire actuel, l'Assurance vie Équitable du Canada pourrait annuler le contrat transformé. Je déclare que tous les renseignements fournis dans la présente demande sont à jour, exacts et complets. Dans le cas des contrats d'assurance vie universelle et d'assurance vie entière, j'aviserai l'Assurance vie Équitable dans un délai de 30 jours de tout changement relatif à ma résidence fiscale, à mon statut de citoyenneté américaine ou à tout numéro d'assurance fiscale.
6. Je conviens et demande que la titulaire ou le titulaire, la désignation de bénéficiaire et toute désignation de fiduciaire indiquées dans les dossiers de l'Assurance vie Équitable du Canada à la date de la transformation en vertu des contrats d'assurance vie temporaire actuels soient changés selon les indications ci-dessus en vertu du contrat transformé. Pour changer ultérieurement ces désignations, je dois remplir, signer et soumettre un formulaire de changement de bénéficiaire ou de titulaire.
7. J'autorise l'Assurance vie Équitable du Canada à prélever la nouvelle prime selon les indications de l'illustration signée ci-jointe du contrat transformé et je comprends qu'elle pourrait être plus ou moins élevée que la prime actuelle du contrat d'assurance vie temporaire actuel. Je renonce à mon droit de préavis avant que le débit ne soit effectué et mon droit de préavis de changement du montant de débit automatique. Les conditions de mon entente de service de débit préautorisé s'appliquent au contrat transformé.

### 8. SIGNATURES

Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à jour, exacts et complets. J'aviserai l'Assurance vie Équitable dans un délai de 30 jours de tout changement relatif à ma résidence fiscale, à mon statut de citoyenneté américaine ou à tout numéro d'identification fiscal.

Signé à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ (année)  
(ville) (province) (jour) (mois)

#### Changement de titulaire – signatures requises :

\_\_\_\_\_  
Signature des titulaires de contrat actuels

\_\_\_\_\_  
Signature des nouveaux titulaires de contrat

\_\_\_\_\_  
Signature des cotitulaires de contrat actuels (le cas échéant)

\_\_\_\_\_  
Signature des nouveaux cotitulaires de contrat (le cas échéant)

\_\_\_\_\_  
Signature du cessionnaire (le cas échéant)

J'autorise la transformation du contrat comme demandé dans le présent document

\_\_\_\_\_  
Signature de toute personne bénéficiaire irrévocable (le cas échéant)

Je renonce à tous mes droits en tant que bénéficiaire irrévocable et consens à la désignation d'une nouvelle personne bénéficiaire



## DEMANDE DE TRANSFORMATION : D'UNE ASSURANCE VIE TEMPORAIRE SUR UNE TÊTE EN UNE ASSURANCE VIE CONJOINTE PERMANENTE

### Directives destinées au conseiller

**Renseignements sur le régime :** Exécuter une illustration des ventes

- Dans le cas des contrats d'assurance vie universelle, les fonds seront affectés, par défaut, au compte à intérêt quotidien.
- Pour une affectation des fonds précise, il faut remplir le formulaire [Réaffectation et transfert des fonds – Assurance vie universelle \(n° 693FR\)](#).
- Une illustration signée est nécessaire afin de pouvoir procéder à la transformation.
- Il faut inclure toute surprime applicable du contrat d'assurance vie temporaire actuel dans l'illustration des ventes.

**Paiement de la prime :** Annuel – le paiement est requis avant d'effectuer le traitement. Les transformations d'assurance vie temporaire constituent une continuation du contrat d'assurance vie temporaire original et les contrats ne peuvent donc pas être établis avec paiement à la livraison.  
Mensuel – veuillez utiliser les renseignements bancaires du contrat d'assurance vie temporaire actuel.  
Mensuel – nouveaux renseignements bancaires : veuillez remplir le formulaire Demande de débit préautorisé (n° 378FR). À la section N° de contrat, veuillez indiquer : demande de transformation du contrat n° xxxxxxxx en date du jj/mm/aaaa.  
La date de débit de l'assurance vie universelle doit correspondre à la date d'établissement.  
La date de débit sera la date d'établissement du contrat transformé, sauf indication contraire.  
Si la payeuse ou le payeur n'est pas la personne titulaire, veuillez soumettre le formulaire Renseignements sur le tiers (n° 31FR) dûment rempli.  
Nota : si une date de débit ultérieure est requise, nous ne traiterons pas la demande avant la date de débit.

Si le contrat d'assurance vie temporaire actuel a fait l'objet d'une cession ou d'une faillite, une rétrocession, une libération de faillite ou une autorisation du cessionnaire est requise.

### Renseignements sur le conseiller

Nom de l'AGG et adresse courriel

Numéro de l'AGG

Nom de la conseillère ou du conseiller (assurant le service)

Numéro de la conseillère ou du conseiller

Commissions en pourcentage

Nom de la conseillère ou du conseiller

Numéro de la conseillère ou du conseiller

Commissions en pourcentage

Courriel de la conseillère ou du conseiller (assurant le service)

Numéro de téléphone de la conseillère ou du conseiller

Avez-vous un lien de parenté avec la titulaire ou le titulaire de contrat?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions \_\_\_\_\_

J'ai fourni les renseignements suivants à la titulaire ou au titulaire du contrat : a) la compagnie ou les compagnies que je représente b) le fait que je reçoive une rémunération (y compris les commissions) pour la vente de produits d'assurance vie et d'assurance maladie complémentaire c) le fait que je puisse recevoir une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, de conférences ou d'autres incitatifs et d) tout conflit d'intérêts actuel ou potentiel concernant cette opération.

Signature du conseiller

Signé à

Date

**Remarque :** L'Assurance vie Équitable<sup>MD</sup> 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 1 800 722-6615.