



DEMANDE DE CHANGEMENT DE TITULAIRE

Toute personne assurée ou toute personne rentière :		Toute personne titulaire de contrat actuelle :	
N° de contrat :	N° de contrat :	N° de contrat :	
Ce changement de titulaire accompagne-t-il une modification du contrat? (assurance vie seulement) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, les changements s'appliquent (choisir une seule option) : <input type="checkbox"/> au contrat actuel seulement <input type="checkbox"/> au nouveau contrat seulement <input type="checkbox"/> au contrat actuel et au nouveau contrat Je consens ou nous consentons à ce que les documents liés au contrat, notamment les relevés d'assurance annuels actuels, soient fournis à la nouvelle titulaire ou au nouveau titulaire de contrat, et transfère ou transférons tout droit et intérêt au titre du contrat mentionné ci-dessus, absolument et irrévocablement, sous réserve des conditions du contrat à toute nouvelle personne titulaire indiquée ci-dessus. Si la désignation de bénéficiaire est révocable, ce transfert de propriété annule la désignation de bénéficiaire existante. Les nouveaux titulaires de contrat devront remplir le formulaire Demande de changement de désignation de bénéficiaire (n° 671BCFFR) , sinon le produit du contrat deviendra payable aux ayants droit à la succession des nouveaux titulaires. Dans le cas des contrats d'assurance vie entière, d'assurance vie universelle et non enregistrés seulement : si le nouveau titulaire est une entité, vous devez également remplir et remettre le formulaire Renseignements sur l'entreprise (n° 594FR) . Les renseignements suivants sont requis afin de nous conformer aux lois canadiennes. Afin de traiter votre demande de changement de titulaire, veuillez fournir les renseignements dans les champs pertinents.			

1a. NOUVEAU TITULAIRE PRINCIPAL						
Je comprends ou nous comprenons que cette adresse sera utilisée à titre d'adresse de facturation, à moins que la Compagnie 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 :			Adresse courriel :			
Numéro d'assurance sociale (NAS) :		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. <input type="checkbox"/> 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 pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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 CHANGEMENT DE TITULAIRE



1b. 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 :	Adresse courriel :
Numéro d'assurance sociale (NAS) :	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 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 des différentes catégories* 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.

2. CONSIDÉRATIONS FISCALES (ne s'appliquent pas aux contrats d'assurance maladies graves)

Nota :

- Les renseignements de la présente section sont requis afin de déterminer les conséquences fiscales d'un changement de titulaire.
- Pour obtenir des renseignements à savoir si les personnes ou les entités sont apparentées aux fins de l'impôt, veuillez consulter votre fiscaliste.
- Si la personne titulaire actuelle est décédée et qu'aucun titulaire successeur ou subrogé n'a été désigné au titre du contrat, passer à la question intitulée « Raison du changement de titulaire ».

Transferts entre personnes
 Si le transfert est effectué entre personnes, veuillez indiquer le lien de la personne titulaire actuelle avec la nouvelle personne titulaire (choisir une option) :

Titulaire actuel	Nouveau titulaire
<input type="checkbox"/> Parent (y compris les parents adoptifs et les beaux-parents)	> Enfant
<input type="checkbox"/> Grand-parent (y compris les grands-parents adoptifs et les grands-parents de la conjointe ou du conjoint)	> Petite-fille ou petit-fils
<input type="checkbox"/> Conjointe ou conjoint	> Conjointe ou conjoint
<input type="checkbox"/> Ex-conjointe ou ex-conjoint	> Ex-conjointe ou ex-conjoint
<input type="checkbox"/> Fraterie (y compris la fraterie du conjoint)	> Fraterie
<input type="checkbox"/> Une personne, autre que celles indiquées ci-dessus, qui EST apparentée à l'autre personne aux fins de l'impôt	> Une personne, autre que celles indiquées ci-dessus, qui EST apparentée à l'autre personne aux fins de l'impôt
<input type="checkbox"/> Une personne qui N'EST PAS apparentée à l'autre personne aux fins de l'impôt	> Une personne qui N'EST PAS apparentée à l'autre personne aux fins de l'impôt



DEMANDE DE CHANGEMENT DE TITULAIRE

2. CONSIDÉRATIONS FISCALES (ne s'appliquent pas aux contrats d'assurance maladies graves) (suite)

Transferts impliquant une société, une fiducie ou une autre entité

Si le transfert implique une société, une fiducie ou une autre entité, veuillez indiquer ci-dessous le lien de la titulaire ou du titulaire de contrat actuel avec le nouveau titulaire

Titulaire actuel	Nouveau titulaire
<input type="checkbox"/> Une personne	> Une fiducie
<input type="checkbox"/> Une personne qui EST apparentée à la société aux fins de l'impôt	> Une société qui EST apparentée à la personne aux fins de l'impôt
<input type="checkbox"/> Une personne qui N'EST PAS apparentée à la société aux fins de l'impôt	> Une société qui N'EST PAS apparentée à la personne aux fins de l'impôt
<input type="checkbox"/> Une fiducie	> Une personne
<input type="checkbox"/> Une société qui EST apparentée à la personne aux fins de l'impôt	> Une personne qui EST apparentée à la société aux fins de l'impôt
<input type="checkbox"/> Une société qui N'EST PAS apparentée à la personne aux fins de l'impôt	> Une personne qui N'EST PAS apparentée à la société aux fins de l'impôt
<input type="checkbox"/> Une société qui EST apparentée à l'autre société aux fins de l'impôt	> Une société qui EST apparentée à l'autre société aux fins de l'impôt
<input type="checkbox"/> Une société qui N'EST PAS apparentée à l'autre société aux fins de l'impôt	> Une société qui N'EST PAS apparentée à l'autre société aux fins de l'impôt
<input type="checkbox"/> Autre – veuillez préciser :	> Autre – veuillez préciser :

Raison du changement de titulaire (choisir l'une des options suivantes) :

- Décès de la titulaire ou du titulaire actuel
- Transfert du contrat en règlement des droits découlant du mariage ou de l'union de fait ou de son échec
- Liquidation de la société
- Fusion de sociétés
- Distribution d'une fiducie à une bénéficiaire ou un bénéficiaire de capital d'une fiducie
- Don à une œuvre de bienfaisance enregistrée
- Aucune de ces options

Contrepartie versée à la titulaire ou au titulaire actuel par le nouveau titulaire

Quelle est la somme d'argent de la contrepartie versée (s'il y a lieu) par le nouveau titulaire ou titulaire actuel pour le contrat d'assurance?

_____ \$

3. 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 : _____



DEMANDE DE CHANGEMENT DE TITULAIRE

3. DÉCLARATION DE LA RÉSIDENCE FISCALE (DANS LE CAS DES CONTRATS D'ASSURANCE VIE ENTIÈRE, D'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE ET NON ENREGISTRÉS SEULEMENT) (suite)

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 : _____

4. DÉSIGNATION DE TITULAIRE DE CONTRAT SUBSIDIAIRE

Je révoque ou nous révoquons toutes les désignations précédentes de titulaire de contrat subsidiaire [titulaires subrogés] en vertu de ce contrat et, à mon décès ou à notre décès, désigne ou désignons toute personne mentionnée ci-dessous en tant que titulaire de ce contrat, si cette personne est toujours en vie. Sinon, la propriété de ce contrat sera automatiquement transférée à mes ayants droit ou nos ayants droit.

Nom au complet – titulaire de contrat subsidiaire :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Numéro d'assurance sociale (NAS) :

5. TIERS

La titulaire ou le titulaire de 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 assurée ou rentière acquitte ou acquittera la prime, ou encore a ou aura une participation financière au titre de ce contrat. Par exemple, un mandataire qui signe au nom d'un titulaire, une personne autre que ce dernier ou que la personne assurée ou rentière qui paie les primes ou une société qui fait usage ou accède aux valeurs du contrat.

- Non (S'il s'agit de la personne titulaire ou assurée)
Dans la négative, veuillez continuer à la section 6 intitulée « Source des fonds ».
- Oui (S'il s'agit d'une personne autre que la personne titulaire ou assurée)
Dans l'affirmative, veuillez remplir la section pertinente, soit la section Tiers – individu ou Tiers – entreprise ou entité.

Type de tiers (en choisir un et joindre toute documentation légale applicable)

- payeur fiduciaire exécuteur garantie ou cessionnaire mandataire par procuration
- autre (veuillez préciser) : _____

Tiers – individu

Nom du tiers (prénom, second prénom, nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone
Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville ou municipalité
Province et pays		Code postal
Lien avec la personne titulaire	Emploi (titre de poste et fonctions) – si vous ne travaillez pas actuellement, veuillez indiquer votre ancien emploi	



DEMANDE DE CHANGEMENT DE TITULAIRE

Tiers – entreprise ou entité		
Dénomination sociale complète		
Adresse (numéro, rue et appartement)	Ville ou municipalité	Province
Numéro de téléphone	Code postal	Pays
Lien avec la personne titulaire	Nature de l'activité principale de l'entreprise	
Numéro de constitution ou d'enregistrement (le cas échéant)	Territoire de compétence ou pays de délivrance (le cas échéant)	

6. SOURCE DES FONDS

Veillez 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 : _____ |

7. OBJET DU CONTRAT

Veillez choisir toutes les réponses qui s'appliquent (dans le cas de contrats d'assurance vie ou d'assurance maladies graves, veuillez choisir 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 à long terme | <input type="checkbox"/> Protection d'entreprise ou d'une personne clé ou une convention de rachat |
| <input type="checkbox"/> Création d'un revenu | <input type="checkbox"/> Don | <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"/> Assurance hypothécaire ou crédit | <input type="checkbox"/> Aux fins d'éducation |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | | |



DEMANDE DE CHANGEMENT DE TITULAIRE

8. SIGNATURES

Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à jour, exacts et complets. J'aviserais 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 : _____
(ville) (province) le (jour) (mois) (année)

Changement de titulaire - signatures requises :

Signature des titulaires de contrat actuels

Signature des nouveaux titulaires de contrat

Signature du cessionnaire (le cas échéant)

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.

9. DÉCLARATION DU CONSEILLER

À ma connaissance, les renseignements fournis sont complets et véridiques.

Signature du conseiller

Date (jj/mm/aaaa)

Code de conseiller

Nota : si vous possédez ce contrat, vous ne pouvez pas signer en tant que conseillère ou conseiller puisque vous ne pouvez pas vérifier votre propre identité conformément à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent. Le cas échéant, la présente déclaration doit être remplie par un autre conseiller agréé engagé par contrat.

10. DIRECTIVES POUR LES CHANGEMENTS DE NOM ET DE TITULAIRE

1. Veuillez vous assurer que tous les renseignements sont inscrits clairement et lisiblement sur le formulaire.
2. Le présent formulaire peut être utilisé pour effectuer des changements identiques à plus d'un contrat si toute personne assurée ou rentière et toute personne titulaire sont les mêmes au titre de chaque contrat.
3. Dans le cas des contrats d'assurance vie entière, d'assurance vie universelle et non enregistrés seulement : si le nouveau titulaire est une entité, vous devez également remplir et remettre le formulaire [Renseignements sur l'entreprise \(n° 594FR\)](#).
4. Un changement de titulaire pourrait avoir des conséquences fiscales. Veuillez consulter votre conseillère ou votre conseiller fiscal avant d'effectuer les changements.
5. Un changement de titulaire peut avoir une incidence sur les intérêts des bénéficiaires choisis avant la date du changement de titulaire.
6. Exigences relatives aux signatures lorsque le formulaire est rempli par une personne autorisée provenant de l'une des entités suivantes :
 - une société par actions : le nom au complet de la société par actions doit être inscrit en lettres moulées ainsi que le nom et le titre de la personne signataire autorisée.
 - un partenariat ou un cabinet : le nom au complet du partenariat ou du cabinet doit être inscrit en lettres moulées avec les signatures de tous les partenaires.
 - une entreprise à propriétaire unique : le propriétaire unique doit signer le formulaire et inscrire son nom à côté de la signature.
7. Un transfert de propriété n'est pas permis en vertu d'un contrat enregistré.
8. La propriété d'un contrat d'assurance vie temporaire sur plusieurs têtes en vertu des règles G3 (date d'établissement à compter du 1^{er} janvier 2017) ne peut être transférée à une compagnie.
9. La titulaire ou le titulaire de contrat devrait apposer ses initiales pour toutes les corrections apportées au présent formulaire.
10. En raison des changements apportés à votre contrat, vous pourriez devoir mettre à jour les renseignements sur le site Accès à la clientèle pour y indiquer le changement.

Le présent formulaire a été préparé pour la commodité de la titulaire ou du titulaire de contrat. La Compagnie n'assume pas la responsabilité de sa validité ou de sa suffisance.

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.