



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			

1. CHANGEMENT DE TITULAIRE

Si la désignation de bénéficiaire est irrévocable, 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 des nouveaux titulaires de contrat. 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 \(n° 594FR\)](#).

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. 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 :

Nouvelle titulaire ou nouveau titulaire de contrat :		Lien avec la titulaire ou le titulaire actuel :	
Adresse :		Code postal :	
Numéro d'assurance sociale (NAS) :	Numéro de téléphone :	Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	

Emploi (titre de poste et fonctions) — si vous êtes à la retraite, veuillez indiquer votre ancien emploi

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, carte provinciale avec photo (excluant la carte de santé provinciale), passeport, carte de citoyenneté, carte de résident permanent ou certificat de statut d'Indien. Si vous ne possédez pas l'une de ces pièces d'identité indiquées, 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.

Confirmation de la conseillère ou du conseiller (choisir une option) :

- À titre de conseillère ou de conseiller, j'ai tenu et vu la pièce d'identité originale avec photo de la titulaire ou du titulaire. Veuillez préciser :
- Type de pièce d'identité : _____ Date d'expiration (jj/mmm/aaaa) : _____
- Numéro d'identification : _____ Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa) : _____
- Pays ou territoire de compétence de délivrance : _____
- À titre de conseillère ou conseiller, j'ai suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité, y compris la revue de deux documents originaux comme indiqué dans les directives. Une copie des deux documents est jointe à la présente demande.



DEMANDE DE CHANGEMENT DE TITULAIRE

1. CHANGEMENT DE TITULAIRE (SUITE)

Dans le cas de titulaires conjoints, remplir également la section ci-dessous :

Nouvelle titulaire ou nouveau titulaire de contrat : _____ Lien avec la titulaire ou le titulaire actuel : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____ Numéro de téléphone : _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Emploi (titre de poste et fonctions) – si vous êtes à la retraite, veuillez indiquer votre ancien emploi

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, carte provinciale avec photo (excluant la carte de santé provinciale), passeport, carte de citoyenneté, carte de résident permanent ou certificat de statut d'Indien. Si vous ne possédez pas l'une de ces pièces d'identité indiquées, 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.

Confirmation de la conseillère ou du conseiller (choisir une option) :

À titre de conseillère ou de conseiller, j'ai tenu et vu la pièce d'identité originale avec photo de la titulaire ou du titulaire. Veuillez préciser :

Type de pièce d'identité : _____ Date d'expiration (jj/mmm/aaaa) : _____

Numéro d'identification : _____ Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa) : _____

Pays ou territoire de compétence de délivrance : _____

À titre de conseillère ou conseiller, j'ai suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité, y compris la revue de deux documents originaux comme indiqué dans les directives. Une copie des deux documents est jointe à la présente demande.

2. 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 ou citoyenne ou citoyen des États-Unis aux fins de l'impôt :

Veuillez fournir le numéro d'identification fiscal (NIF ou TIN en anglais) : _____

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 résidence fiscale : _____ Numéro d'identification fiscal (NIF ou TIN en anglais) : _____

Si vous ne possédez pas de NIF ou TIN 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 ou TIN, mais je ne l'ai pas encore reçu.

b) Mon territoire de de résidence n'émet pas de NIF ou TIN à ses résidents.

Autre raison : _____

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 ou citoyenne ou citoyen des États-Unis aux fins de l'impôt :

Veuillez fournir le numéro d'identification fiscal (NIF ou TIN en anglais) : _____

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 résidence fiscale : _____ Numéro d'identification fiscal (NIF ou TIN en anglais) : _____

Si vous ne possédez pas de NIF ou TIN 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 ou TIN, mais je ne l'ai pas encore reçu.

b) Mon territoire de de résidence n'émet pas de NIF ou TIN à ses résidents.

Autre raison : _____



DEMANDE DE CHANGEMENT DE TITULAIRE

3. 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) :

4. 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 5 intitulée « Objet du contrat ».

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.

Tiers – individu

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

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 – entreprise ou entité

Raison sociale complète :		Lien avec la personne titulaire			
Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville ou municipalité		Province	Code postal
Pays		Nature de l'activité principale de l'entreprise			
Numéro de constitution (le cas échéant)		Lieu de constitution (le cas échéant)			

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

payeur fiduciaire exécuteur garantie ou cessionnaire mandataire par procuration

autre (veuillez préciser) :



DEMANDE DE CHANGEMENT DE TITULAIRE

5. OBJET DU CONTRAT

Veillez remplir cette section lorsqu'il y a eu changement de titulaire au titre du contrat. Nota : tous les contrats ne conviennent pas à toutes fins.

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

6. 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 _____
(ville) (province) (jour) (mois) (année)

Changement de titulaire – signatures requises :

Signature des titulaires de contrat actuels

Signature des nouveaux titulaires de contrat

Signature du cessionnaire (s'il y a lieu)

Signature de toute personne bénéficiaire irrévocable (s'il y a lieu)
Je renonce à tous mes droits en tant que bénéficiaire irrévocable et consent à la désignation d'une nouvelle personne bénéficiaire.

À ma connaissance, les renseignements fournis sont complets et véridiques. J'aviserai l'Assurance vie Équitable dans un délai de 30 jours de tout changement relatif aux renseignements fournis dans le présent formulaire.

Signature du conseiller

8. 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. Pour les 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^{AD} 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.