

RENTE IMMÉDIATE – SOUMISSION PERSONNALISÉE

Nom de la conseillère ou du conseiller :
Numéro de téléphone du conseiller :
Nom de la ou du titulaire de contrat :

RENTES (RENTES VIAGÈRES OU CERTAINES)		
Date de souscription (jj/mm/aaaa) :	Date du premier versement(jj/mm/aaaa) :	
Prime unique (dans le cas d'une demande de soumission de revenu) :	Montant du revenu (dans le cas d'une demande de soumission de prime) :	
Fréquence du revenu : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle	Type de rente : <input type="checkbox"/> rente viagère individuelle <input type="checkbox"/> rente certaine <input type="checkbox"/> rente réversible	
Période garantie (années) :	Indexation : <input type="checkbox"/> 0 % <input type="checkbox"/> 1 % <input type="checkbox"/> 2 %	
Date de naissance – rentière ou rentier principal (jj/mm/aaaa) :	Sexe – rentière ou rentier principal : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
Date de naissance – rentière ou rentier secondaire (jj/mm/aaaa) : * Contrats conjoints seulement	Sexe – rentière ou rentier secondaire : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin * Contrats conjoints seulement	
Réduction de paiement après le décès de la rentière ou du rentier principal Dans le cas d'une assurance vie conjointe, veuillez choisir une option et remplir les renseignements requis :		
<input type="checkbox"/> Aucune réduction	<input type="checkbox"/> Réduire à _____ % au décès de la rentière ou du rentier : <input type="checkbox"/> principal <input type="checkbox"/> secondaire	<input type="checkbox"/> Réduire à _____ % au décès de l'un ou l'autre des rentiers
Type de fonds : <input type="checkbox"/> immobilisés <input type="checkbox"/> FRV <input type="checkbox"/> RER <input type="checkbox"/> non enregistrés <input type="checkbox"/> autre		
Dans le cas d'un type de fonds immobilisé enregistré :		
<input type="checkbox"/> Part selon un taux déterminé en fonction du sexe de _____ % ou \$ <input type="checkbox"/> Part selon un taux unisexe de _____ % ou \$		
Territoire de compétence _____		
Statut fiscal : <input type="checkbox"/> Prescrit <input type="checkbox"/> Non prescrit	Province de résidence : _____	
Demande de rémunération réduite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, rémunération réduite à _____ %	
Dans le cadre d'un programme Équimax et rente certaine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Veuillez remplir le présent formulaire et le faire parvenir à la boîte aux lettres électronique suivante : annuityquotes@equitable.ca.

Les soumissions pour les fonds immobilisés requièrent une renonciation de la conjointe ou du conjoint au moment de présenter la demande si le montant du versement périodique au survivant est inférieur au minimum exigé par la législation provinciale.

Nota : L'Équitable se réserve le droit de modifier ces contraintes sans préavis.
Elle peut également refuser de proposer une soumission dans d'autres cas, à sa discrétion.