





## DEMANDE DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

### 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).

**Souhaitez-vous antidater ce contrat?**  Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date à laquelle vous souhaitez antidater le contrat : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

**Les primes seront prélevées pour la période antidatée.** 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 autorisé (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. (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"/> Protection d'entreprise ou d'une personne clé ou 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 _____                      |  |

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

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 DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

### Vérification de l'identité du titulaire de contrat

(Veuillez utiliser le formulaire Renseignements sur l'entreprise (n° 594FR), s'il s'agit d'une société par actions ou d'une entité commerciale.)

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

Veuillez choisir l'une des trois 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.

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille) \_\_\_\_\_

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 avec ma conseillère ou mon conseiller aux fins de conformité à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent.

### Déclaration du proposant ou titulaire

**Titulaire de contrat : veuillez choisir toutes les options qui vous concernent.**

Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt : veuillez fournir votre numéro d'assurance sociale (NAS) : \_\_\_\_\_

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 équivalent fonctionnel \_\_\_\_\_

Si vous ne possédez pas de NIF ou d'équivalent fonctionnel pour un territoire de compétence en particulier, veuillez choisir l'un 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 résidence n'émet pas de NIF à ses résidents

autre raison : \_\_\_\_\_



## DEMANDE DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

### Vérification de l'identité des cotitulaires

(Veuillez utiliser le formulaire Renseignements sur l'entreprise (n° 594FR), s'il s'agit d'une société par actions ou d'une entité commerciale.)

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.

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille) \_\_\_\_\_

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 avec ma conseillère ou mon conseiller aux fins de conformité à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent.

### Déclaration du coproposant ou cotitulaire

**Titulaire de contrat : veuillez choisir toutes les options qui vous concernent.**

Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt : veuillez fournir votre numéro d'assurance sociale (NAS) : \_\_\_\_\_

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 équivalent fonctionnel \_\_\_\_\_

Si vous ne possédez pas de NIF ou d'équivalent fonctionnel pour un territoire de compétence en particulier, veuillez choisir l'un 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 résidence n'émet pas de NIF à ses résidents

autre raison : \_\_\_\_\_



## DEMANDE DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

### 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)  | <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) |
| <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).              | <input type="checkbox"/> Commissaire (ou équivalent)  |
| <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) | <input type="checkbox"/> Chef ou encore présidente ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative   |
| <input type="checkbox"/> Chef d'une agence gouvernementale  | <input type="checkbox"/> Ambassadrice ou ambassadeur, attachée ou attaché, ou encore conseillère ou conseiller d'une ambassadrice ou d'un ambassadeur   |
| <input type="checkbox"/> Juge (au Canada seulement, doit être juge d'une cour d'appel)  | <input type="checkbox"/> Officière ou officier ayant le rang de général ou un rang supérieur  |
|   | <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?
Après 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? <input type="checkbox"/> La personne est la payeuse ou le payeur <input type="checkbox"/> Membre de la famille (lien) : _____ <input type="checkbox"/> 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"/> Loterie  |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                                    |  |                                   |



## DEMANDE DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

### 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.
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 ce 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 du contrat d'assurance vie temporaire actuel demeurent les mêmes en vertu du contrat transformé. Pour changer 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 et tous les paiements au titre de l'option de dépôt Excélérateur (ODE), selon les indications de l'illustration du contrat transformé et je comprends que le montant pourrait être plus ou moins élevé que ma 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. Je reconnais que tout paiement au titre de l'ODE sera prélevé à la même date que celle de la prime, sauf si je demande par écrit à l'Assurance vie Équitable du Canada de reporter le paiement au titre de l'ODE.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.  
(ville) (province) (jour) (mois)

Signature de tous les titulaires

S'il s'agit d'un contrat d'assurance vie conjointe, tous les titulaires doivent signer.



## DEMANDE DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

### Directives destinées au conseiller

#### Renseignements sur le régime :

Exécuter une illustration des ventes

- Dans le cas des contrats d'assurance vie universelle, veuillez indiquer l'affectation souhaitée de fonds ou de placement
- Il faut inclure toute surprime applicable du contrat d'assurance vie temporaire actuel dans l'illustration des ventes.
- Si aucune affectation de fonds n'est indiquée, ces derniers seront affectés par défaut au compte à intérêt quotidien.
- Une illustration signée est requise afin de procéder à la transformation.

#### Titulaire de contrat :

La titulaire ou le titulaire demeurera le même que celui du contrat d'assurance vie temporaire actuel. Si un changement de titulaire est demandé, veuillez remplir le formulaire Changement de nom ou de titulaire (n° 671OCFR). À la section N° de contrat, veuillez indiquer : demande de transformation du contrat n° xxxxxxxx en date du jj/mm/aaaa.

#### Bénéficiaire :

Toute personne bénéficiaire demeurera la même que celle du contrat d'assurance vie temporaire actuel. Si toute personne bénéficiaire est différente, veuillez remplir le formulaire Demande de changement de désignation de bénéficiaire (n° 671BCFFR). À la section N° de contrat, veuillez indiquer : demande de transformation du contrat n° xxxxxxxx en date du jj/mm/aaaa.

Si le contrat d'assurance vie temporaire actuel comporte une personne bénéficiaire irrévocable, un formulaire d'autorisation de cet individu est requis afin de procéder à la transformation.

#### 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.



## DEMANDE DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

### 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.