

MODÈLE DE SOUMISSION DE RENTE SPÉCIALE

Nom de la conseillère ou du conseiller :
Numéro de téléphone de la conseillère ou du conseiller :
Nom de la titulaire 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"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance – rentière ou rentier secondaire (jj/mm/aaaa) : *Contrats conjoints seulement	Sexe – rentière ou rentier secondaire : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme *Contrats conjoints seulement
Réduction de paiement après le décès de la rentière ou du rentier principal <i>Dans le cas d'une assurance vie conjointe, veuillez choisir une option et remplir les renseignements requis :</i>	
<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"/> Immobilisé <input type="checkbox"/> FRV <input type="checkbox"/> RER <input type="checkbox"/> Non enregistré <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 % _____ <input type="checkbox"/> Part selon un taux unisexe de % _____	
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 % _____
Partie de la rente certaine ou du régime Équimax : <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 si le montant du versement périodique au survivant est inférieur au minimum exigé par la législation provinciale.

Nota : l'Assurance vie Équitable du Canada 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.