



Assurance
individuelle

Modification de contrat n'exigeant pas de preuves d'assurabilité

Version : octobre 2019

SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc
1225, rue Saint-Charles Ouest, Bureau 200
Longueuil (Québec) J4K 0B9

Instructions aux conseillers

Veillez remplir ce formulaire pour les modifications de contrat n'exigeant aucune preuve d'assurabilité.

Si le contrat comporte plus de deux assurés, veuillez remplir un second formulaire.

S'il y a plusieurs propriétaires au contrat, CHACUN d'entre eux doit signer à la section H de ce formulaire.

Pour effectuer une modification de contrat avec preuves d'assurabilité, veuillez remplir une proposition (FIND0035F).

Pour effectuer une modification de contrat ou une remise en vigueur sur des produits d'assurance accident / maladie, veuillez remplir le formulaire approprié, soit le formulaire de modification de contrat Horizon Santé (FIND0040F) et/ou le formulaire de modification de contrat AcciGarde (FIND0039F).

A – Informations générales

Adresser le nouveau contrat / l'avenant au : Conseiller Propriétaire(s)

Propriétaire 1 (à remplir s'il y a un changement d'adresse)

Prénom et nom

Adresse (No. civique, rue)

Ville

Province

Code postal

Téléphone

N° de contrat _____

Propriétaire 2 (à remplir s'il y a un changement d'adresse)

Même adresse que pour Propriétaire 1

Prénom et nom

Adresse (No. civique, rue)

Ville

Province

Code postal

Téléphone

B – Modifications demandées

Si le contrat n'est pas déjà régi selon les règles fiscales en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, certaines modifications n'exigeant pas des preuves d'assurabilité peuvent entraîner une modification du régime fiscal applicable au contrat.

S'il y a plusieurs propriétaires au contrat pour lequel une modification est demandée, CHACUN d'entre eux doit signer à la section H de ce formulaire.

B1 – Modifications usuelles Veuillez cocher la case appropriée.

Suppression d'un assuré (à l'échéance de prime mensuelle suivant la réception de la demande)

Nom de l'(des) assuré(s)

Suppression d'une garantie ou garantie supplémentaire (à l'échéance de prime mensuelle suivant la réception de la demande)

Nom de l'(des) assuré(s)

Garantie

Diminution du capital assuré (à l'échéance de prime mensuelle suivant la réception de la demande)

Nom de l'(des) assuré(s)

Garantie

Diminution à

\$

Lors d'une demande de transformation vers une assurance vie entière et vie universelle, les sections D, E, F, et G doivent être complétées.

Transformation totale sur le contrat existant – Non disponible si le contrat existant est un contrat d'assurance vie universelle régi selon les règles fiscales en vigueur avant le 1^{er} janvier 2017. Applicable lorsqu'il y a plus d'une garantie en vigueur.

Transformation totale sur un nouveau contrat

Transformation partielle sur le contrat existant – Non disponible si le contrat existant est un contrat d'assurance vie universelle régi selon les règles fiscales en vigueur avant le 1^{er} janvier 2017.

Conserver la différence de capital assuré Annuler la différence de capital assuré

Transformation partielle sur un nouveau contrat

Conserver la différence de capital assuré Annuler la différence de capital assuré

• Remplir également la section B4 si transformation vers l'assurance vie universelle.

• Pour toute transformation d'un contrat dont la fréquence de paiement de prime est annuelle ou semestrielle, veuillez joindre la différence de prime par chèque tel que prévu à la section C1 de ce formulaire.

Nom de l'(des) assuré(s)

Ancienne garantie

Nouvelle garantie

Capital assuré transformé

\$

Nom de l'(des) assuré(s) qui doit (doivent) être annulé(s)

Privilège de continuation de l'Avenant en cas de maladies graves de 20 000 \$ en cas de transformation

Si l'Avenant en cas de maladies graves de 20 000 \$ (l'Avenant) est rattaché à la garantie que vous désirez transformer, vous avez l'option de maintenir l'Avenant en vigueur suite à la transformation et ce, en vertu du Privilège de continuation prévu à l'Avenant. Désirez-vous maintenir votre Avenant en cas de maladies graves de 20 000 \$ en vigueur suite à la transformation en vertu du Privilège de continuation? Non Oui

Programme d'échange

- Disponible à compter du 1^{er} anniversaire et avant le 5^e anniversaire de la garantie Tempo 10 et Tempo Plus T10 à Tempo Plus T35.

- Disponible pour les garanties Tempo 10 émises à compter du 1^{er} janvier 2011. Disponible pour les garanties Tempo Plus nouvelle génération octobre 2019.

Tempo 10 à Tempo 20 Nom de l'(des) assuré(s) _____

Tempo 10 à Tempo 70 Nom de l'(des) assuré(s) _____

Tempo Plus (terme actuel) _____ à Tempo Plus (nouveau terme) _____ Nom de l'(des) assuré(s) _____

L'échange se fera sur le contrat existant et les garanties supplémentaires seront conservées, à moins d'avis contraire de votre part. Toutefois, si la garantie Tempo 10 qui fait l'objet de l'échange est un avenant à un contrat d'assurance vie universelle régi selon les règles fiscales en vigueur avant le 1^{er} janvier 2017, l'échange se fera sur un nouveau contrat. L'échange d'une garantie Tempo Plus est possible seulement sur un terme supérieur au terme actuel.

Changement du type de capital-décès dans les 12 premiers mois (pour contrats Tempo Plus seulement)

de Fixe à Décroissant de Décroissant à Fixe

Division de type de couverture Multi-vie ou Multi-assurés (à l'échéance de prime mensuelle suivant la réception de la demande) – Frais de 25 \$ (pour l'assurance vie universelle : frais de 50 \$)

- Remplir une nouvelle proposition sans remplir les sections sur les antécédents personnels et médicaux, pour l'assuré qui se retire du contrat. Dans le cas d'une assurance vie entière et d'une assurance vie universelle, les sections **B4, B5, B6 et F doivent être complétés** sur la nouvelle proposition.
- Remplir le formulaire de *changement de propriétaire* (FIND0206) pour effectuer un changement de propriétaire et de bénéficiaire, s'il y a lieu, pour l'assuré qui demeure sur le contrat.

Changement de type de couverture Conjoint en type de couverture Individuel → **au prorata du capital assuré par nombre d'assurés** (à l'échéance de prime mensuelle suivant la réception de la demande) – Frais de 50 \$

Nom du (des) assuré(s) qui doit (doivent) être annulé(s) _____

- Remplir une nouvelle proposition sans remplir les sections sur les antécédents personnels et médicaux, pour tous les assurés qui désirent une protection individuelle. Dans le cas d'une assurance vie entière et d'une assurance vie universelle, les sections **B4, B5, B6 et F doivent être complétés** sur la nouvelle proposition.

Autre modification (précisez) _____

B2 – Augmentation du capital assuré sans preuves d'assurabilité

 (Ex. Tempo Plus, Assurance prêts, Tempoflex, Hypotoit)

Veillez cocher la case appropriée et joindre tous les documents pertinents dans tous les cas.

- Pour toute augmentation de capital assuré sans preuves d'assurabilité sur un contrat dont la fréquence de paiement de prime est annuelle ou semestrielle, veuillez joindre la différence de prime par chèque tel que prévu à la section C1 de ce formulaire.

Augmentation du capital assuré (Tempo Plus, Assurance prêts)

Cette option doit être exercée dans les 60 jours suivant l'obtention d'un nouveau prêt ou l'augmentation du prêt existant ou l'un des événements de la vie indiqués au contrat.

Le total de toutes les augmentations **ne doit pas excéder le MOINDRE** de 25 % du capital assuré **OU** 100 000 \$.

Augmentation de l'indemnité mensuelle (Tempo Plus, Assurance prêts)

Cette option doit être exercée en même temps que l'augmentation de capital assuré de la garantie d'assurance vie Tempo Plus ou Assurance prêts. L'augmentation de la rente sera alors proportionnelle à l'augmentation accordée en assurance vie.

Augmentation du capital assuré (TempoFlex)

Cette option doit être exercée dans les 60 jours suivant l'obtention d'un nouveau prêt hypothécaire ou l'augmentation du prêt existant.

Le total de toutes les augmentations **ne doit pas excéder le MOINDRE** de 25 % du capital assuré à l'émission du contrat **OU** 100 000 \$ **OU** l'augmentation réelle du prêt ou le montant du nouveau prêt.

Augmentation de la rente mensuelle (Hypotoit)

Cette option doit être exercée dans les 30 jours suivant la date d'anniversaire du contrat de la garantie.

L'augmentation accordée **ne doit pas excéder pour une année donnée** 15 % de la rente mensuelle initialement prévue au contrat. Le total de toutes les augmentations **ne doit pas excéder** 50 % de la rente mensuelle initialement prévue au contrat.

Nom de l'assuré 1 : _____

Nom de l'assuré 2 : _____

Augmentation à : _____ \$

Augmentation à : _____ \$

Déclaration de l'assuré 1

J'atteste que je ne suis pas en invalidité.

Signature de l'assuré 1

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

Déclaration de l'assuré 2

J'atteste que je ne suis pas en invalidité.

Signature de l'assuré 2

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

B3 – Modifications sans preuves d'assurabilité pour l'assurance vie universelle

 Veillez cocher la case appropriée.

Coût d'assurance – Frais de 25 \$

Lors d'un changement de coût d'assurance, le montant net au risque demeure le même.

- de TRA à T20-TRA (VU Investissement seulement)
- de TRA 85/20 à T20-TRA (VU Investissement seulement)
- Changement à T100*

*Le coût d'assurance T100 n'est disponible que sur certains produits d'assurance vie universelle.

Capital-décès et indexation – Frais de 25 \$

de Croissant à Nivelé

de Nivelé à Croissant (*montant net au risque demeure le même*)

Indexation

de Indexé à Non-indexé

Ajustement du capital

- Changement de l'option Maximiseur à l'option Augmentation
- Changement de l'option Augmentation à l'option Aucune augmentation
- Changement de l'option Maximiseur à l'option Aucune augmentation
- Changement de l'option Augmentation et diminution à l'option Aucune augmentation

Modification de la prime facturable

Nouvelle prime annuelle _____ \$ Nouvelle prime modale _____ \$

B4 – Transformation en assurance vie universelle Veuillez joindre une illustration signée par le(s) propriétaire(s).

Type de coût d'assurance	<input type="checkbox"/> Temporaire renouvelable annuellement (TRA) <input type="checkbox"/> T100 <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
Options de capital-décès	<input type="checkbox"/> Capital-décès nivelé (seulement disponible pour le type de coût d'assurance TRA) <input type="checkbox"/> Capital-décès croissant Lorsque le capital-décès est croissant : Pour une assurance conjointe payable au dernier décès, le fonds sera payable au dernier décès.
Prime annuelle facturable pour le contrat (incluant les garanties supplémentaires, s'il y a lieu)	_____ \$
Option d'ajustement de capital (exemption fiscale) Si aucune option n'est choisie, l'option « Aucune augmentation du capital assuré » sera appliquée par défaut.	<input type="checkbox"/> Option 1 : Aucune augmentation du capital assuré (transfert des fonds excédentaires au compte de dépôt transitoire); <input type="checkbox"/> Option 2 : Augmentation abri d'impôt – Augmentation du capital assuré (maximum 8 %) et, si nécessaire, transfert des fonds excédentaires au compte de dépôt transitoire; <input type="checkbox"/> Option 3 : Augmentation et diminution – Augmentation et diminution du capital assuré (minimum égal au capital assuré initial); <input type="checkbox"/> Option 4 : Maximiseur (remplir la section « Information pour l'option Maximiseur » ci-après). L'option est seulement disponible pour le type de coût d'assurance TRA.

Option Maximiseur

- Ne pas oublier d'inscrire les durées et le capital assuré.
- Dans l'absence de précisions concernant les durées et le capital assuré minimum, les valeurs par défaut seront comme suit : la durée de début sera *6 ans de la date d'émission*, la durée de fin sera *100 ans moins l'âge de l'assuré à l'émission* et le capital assuré minimum sera le *capital assuré du contrat*.

Optimisation du test d'exemption

- Début à la durée :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 (minimum de 5 ans depuis la mise en vigueur)
- Fin à la durée :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---
- Capital assuré minimum : _____ \$ (minimum 25 000 \$, maximum capital assuré choisi)

Options d'investissement et pourcentages de répartition

- Veuillez indiquer vos choix d'investissement et pourcentages de répartition ci-dessous.
- Le total des pourcentages de répartition doit correspondre à 100 % (minimum 10 % par compte).
- Lorsqu'aucun compte d'investissement n'est choisi, les primes et dépôts sont crédités dans le compte à intérêt quotidien.
- Si vous choisissez plus d'un compte sans indiquer leur pourcentage de répartition, les primes et dépôts sont répartis également entre chacun des comptes.

Pour vous aider à choisir des investissements qui vous conviennent, il est nécessaire de déterminer le risque que vous êtes prêts à prendre, le potentiel de rendement que vous espérez, tout en tenant compte du facteur temps, appelé votre horizon de placement. Chaque investisseur doit comprendre l'allocation d'actifs propres à sa situation, ses contraintes et ses besoins. Il est donc primordial que votre conseiller en sécurité financière / représentant établisse avec vous votre profil d'investisseur afin de lui permettre de vous conseiller et de vous guider judicieusement.

Comptes gérés		Comptes à intérêt	
Stratégie sécuritaire	%	Compte à intérêt quotidien	%
Stratégie équilibrée	%	Compte à intérêt garanti 1 an	%
Stratégie croissance	%	Compte à intérêt garanti 3 ans	%
Stratégie audacieuse	%	Compte à intérêt garanti 5 ans	%
Répartition d'actifs canadiens CI Cambridge	%	Compte à intérêt garanti 10 ans	%
Revenu et croissance mondial CI Signature	%	Comptes Indiciels	
Revenu mensuel sécuritaire Guardian	%	Marché monétaire canadien (Bons du trésor à 3 mois)	%
Revenu mensuel Guardian	%	Obligations canadiennes (Indice des obligations universelles FTSE Canada)	%
Obligations PIMCO	%	Actions canadiennes (S&P/TSX)	%
Obligations mondiales PIMCO	%	Actions américaines (S&P 500)	%
Actions canadiennes Triasima	%	Actions américaines, technologie (MSCI US IM Technologie de l'information 25/50)	%
Actions canadiennes dividendes Guardian	%	Actions petites capitalisations américaines (Indice petite capitalisation S&P 600)	%
Actions américaines Hillsdale	%	Actions internationales (MSCI EAEO)	%
Actions mondiales tous pays Hexavest	%	Actions mondiales (MSCI Monde Ex Canada)	%
Actions mondiales Fiera Capital	%	Actions des marchés émergents (MSCI Marchés émergents)	%
Actions mondiales dividendes TD	%	Autres (spécifier)	
Actions internationales C WorldWide	%		%
Infrastructures mondiales Lazard	%		%
Immobilier mondial Morgan Stanley	%		%
Actions marchés émergents Fisher	%		%
TOTAL			100 %

C – Paiement des primes

Conformément à la **Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes** ainsi qu'à ses règlements, le conseiller en sécurité financière / représentant et le(s) propriétaire(s) du contrat doivent remplir le formulaire *Détermination des personnes politiquement vulnérables et dirigeants d'une organisation internationale* (FRA1234F) pour tout dépôt forfaitaire de 100 000 \$ et plus.

C1 – Informations générales

Montant total de la prime pour cette demande de modification : _____ \$

Nouvelle prime facturable pour le contrat suite à la modification (assurance vie universelle seulement) : _____ \$

Méthode de paiement

Chèque ci-joint au montant de _____ \$ Date du chèque | A | A | A | A | M | M | J | J |

Encaissement à la réception de cette demande de modification.

Débit préautorisé tiré sur le même compte bancaire associé au numéro de contrat figurant à la section A de ce formulaire

Débit préautorisé tiré sur un nouveau compte bancaire (remplir la section C2 et joindre un chèque spécimen)

C2 – Accord de débits préautorisés (DPA)

- J'autorise SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc. à porter au débit de mon compte, selon mes instructions et/ou tel que décrit dans le contrat d'assurance, des montants répétitifs mensuels et/ou des paiements ponctuels occasionnels pour le règlement de tous les montants, incluant tous les frais et les taxes applicables, relativement au contrat d'assurance.
- Le montant du DPA peut être augmenté ou réduit à une date ultérieure par suite d'avenants, de résiliation, d'exclusions ou de renouvellement du contrat d'assurance. J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les montants prélevés de mon compte soient traités comme étant des DPA à montant variable. Il est entendu que je conserverai le même mode de paiement lors du renouvellement du contrat d'assurance, si applicable, à moins d'en aviser SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc. avant la date dudit renouvellement.
- Je comprends que des frais pourraient être perçus et échelonnés sur l'ensemble des DPA.
- Si un DPA est refusé pour insuffisance de fonds, SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc. peut présenter de nouveau le DPA. Des frais découlant du DPA refusé pour insuffisance de fonds pourraient être ajoutés au prochain DPA.
- J'accepte de signaler par lettre à SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc., tout changement aux renseignements fournis dans le présent Accord relativement au compte et ce, au moins dix (10) jours ouvrables avant la date du prochain DPA.
- Je consens à ce qu'un prélèvement soit effectué dans mon compte chaque mois le jour indiqué dans le présent formulaire de **Modification de contrat** ou le jour ouvrable suivant.
- J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les DPA prélevés de mon compte soient considérés comme des DPA personnels.
- J'accepte et je comprends que SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc. ne m'avisera pas avant chaque DPA.**
- Dans le cas où je demande à SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc. de changer le montant du DPA, je renonce à mon droit de recevoir un préavis.
- Je peux révoquer cette autorisation de débits préautorisés à tout moment à condition de donner à SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc. un préavis écrit de trente (30) jours. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou d'autres renseignements sur mon droit d'annuler l'Accord de DPA, en m'adressant à mon institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca.
- Je comprends que SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc. se réserve le droit de résilier le présent Accord sur préavis écrit de quinze (15) jours.
- Je comprends que toute résiliation du présent Accord ne met pas fin ni n'a le moindre effet à l'égard de toute entente conclue avec SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc. relativement à un contrat d'assurance, dans la mesure où les paiements sont effectués au moyen d'une autre méthode acceptée par SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc.
- J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord de DPA. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord. Pour obtenir plus d'informations sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc.
Comptabilité des primes

1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9

Veuillez joindre un spécimen de chèque du compte à débiter sur lequel vous aurez inscrit la mention « ANNULÉ ».



Nom de l'institution financière

Adresse, ville, province et code postal de la succursale

Succursale | Numéro de l'institution financière | Numéro de compte

Autorisation bancaire

Dans le cas d'un compte conjoint, tous les titulaires du compte doivent signer si plus d'une signature est requise sur les chèques émis à partir de ce compte.

Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie) X
Signature | A | A | A | A | M | M | J | J |
Date

Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie) X
Signature | A | A | A | A | M | M | J | J |
Date

D – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt du(des) propriétaire(s) (autocertification)

(applicable à une transformation vers une assurance vie entière et une assurance vie universelle)

Les renseignements fournis dans la déclaration de résidence aux fins de l'impôt doivent être exacts et complets. Le propriétaire doit fournir à SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc. une nouvelle déclaration dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances faisant en sorte que les renseignements fournis dans la présente déclaration deviennent incomplets ou inexacts (ex. changement de compte bancaire pour un compte dans une institution financière d'un pays autre que le Canada et les États-Unis, changement d'adresse à la suite d'un déménagement dans un pays autre que le Canada et les États-Unis, etc.).

Propriétaire est une personne morale (corporation) ou un autre type d'entité

La Déclaration de résidence aux fins de l'impôt doit être remplie sur le formulaire *Vérification de l'existence (identité) des personnes morales et autres entités* (FRA1235F).

Propriétaire 1 (individu)	Propriétaire 2 (individu)
Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous : <input type="checkbox"/> Je suis un résident du Canada aux fins de l'impôt <input type="checkbox"/> Je suis un résident d'une autre juridiction que le Canada et les États-Unis aux fins de l'impôt → Si vous cochez cette case, le formulaire <i>Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu</i> (FRA1737F) est obligatoire. <input type="checkbox"/> Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt → Si vous cochez cette case, le formulaire <i>Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu</i> (FRA1737F) est obligatoire.	Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous : <input type="checkbox"/> Je suis un résident du Canada aux fins de l'impôt <input type="checkbox"/> Je suis un résident d'une autre juridiction que le Canada et les États-Unis aux fins de l'impôt → Si vous cochez cette case, le formulaire <i>Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu</i> (FRA1737F) est obligatoire. <input type="checkbox"/> Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt → Si vous cochez cette case, le formulaire <i>Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu</i> (FRA1737F) est obligatoire.

E – Vérification de l'identité du(des) propriétaire(s) (applicable à une transformation vers une assurance vie entière et une assurance vie universelle)

Le conseiller en sécurité financière/représentant doit :

- vérifier l'identité de chaque propriétaire (requis par la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* (la Loi));
- examiner le document applicable indiqué pour cette personne (le document doit être une pièce d'identité avec photo délivrée par un gouvernement). Au Québec, il est interdit de demander la carte d'assurance-maladie au client, mais vous pouvez l'accepter si celui-ci vous l'offre. Dans les provinces de l'Ontario, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse ou de l'Île-du-Prince-Édouard, l'utilisation d'une carte d'assurance-maladie est interdite à des fins d'identification;
- indiquer, pour chaque personne, quel est le document qui a été examiné, le numéro qu'il porte, sa date d'expiration et le territoire de compétence où il a été émis. Le document d'identité doit être l'original et ne pas être périmé. Si le choix « Autre document avec photo admissible selon la Loi » a été coché, veuillez préciser le type de document qui a été vérifié.

Propriétaire 1	Propriétaire 2																																								
Nom du propriétaire (apparaissant sur le document)	Nom du propriétaire (apparaissant sur le document)																																								
Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité (si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité) Le propriétaire est-il un citoyen canadien ou un résident permanent (détient une carte de résidence permanente)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Le propriétaire du contrat doit être un résident canadien. <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté avec photo <input type="checkbox"/> Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) : _____	Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité (si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité) Le propriétaire est-il un citoyen canadien ou un résident permanent (détient une carte de résidence permanente)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Le propriétaire du contrat doit être un résident canadien. <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté avec photo <input type="checkbox"/> Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) : _____																																								
Numéro du document Territoire de compétence	Numéro du document Territoire de compétence																																								
<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Date d'expiration du document NAS*	A	A	A	A	M	M	J	J													<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Date d'expiration du document NAS*	A	A	A	A	M	M	J	J												
A	A	A	A	M	M	J	J																																		
A	A	A	A	M	M	J	J																																		

* Numéro d'assurance sociale (NAS) nécessaire pour fins fiscales (applicable aux produits d'assurance vie entière et vie universelle); non requis lorsque le propriétaire est une personne morale (corporation) ou autre type d'entité.

F – Détermination de l'existence d'un tiers (applicable à une transformation vers une assurance vie entière et une assurance vie universelle)

Conformément à la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* ainsi qu'à ses règlements, le conseiller en sécurité financière/représentant doit prendre des mesures raisonnables pour déterminer, dans le cadre de la présente proposition, si le(s) propriétaire(s) agit(agissent) pour le compte d'un tiers (individu, personne morale ou autre type d'entité).

Afin de déterminer si un « tiers » est en cause, il ne s'agit pas d'identifier le « propriétaire » de l'argent mais plutôt la personne qui donne les instructions quant à la façon de procéder avec l'argent. Si la personne qui est devant vous agit selon les instructions d'une autre, cette autre personne est le tiers. À noter que, lorsque des employés agissent au nom de leur employeur, ils sont considérés comme agissant au nom d'un tiers.

Lorsque le payeur des primes est une personne ou une entité différente du(des) propriétaire(s), le payeur est considéré comme un tiers et la section ci-dessous doit être remplie.

Le(s) propriétaire(s) agit-il (agissent-ils) pour le compte d'un tiers (individu, personne morale ou autre type d'entité) ou encore, existe-t-il un tiers en ce qui concerne ce contrat?

- Oui → veuillez compléter la partie « Identification du tiers » ci-dessous.
- Non
- Il est impossible de déterminer si le(s) propriétaire(s) agit (agissent) au nom d'un tiers, mais j'ai des motifs raisonnables de croire que c'est le cas → veuillez compléter la partie « Identification du tiers » ci-dessous.

Est-ce que la personne ou l'entité qui effectue le paiement des primes/sommes dans le contrat d'assurance est différente du(des) propriétaire(s)?

- Oui → veuillez compléter la partie « Identification du tiers » ci-dessous.
- Non

Identification du tiers (si applicable)

Nom du tiers _____ | A , A , A , A | M , M | J , J , J |
Date de naissance (si le tiers est une personne physique)

Adresse complète permanente du tiers _____

Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité (si retraité, inscrire la dernière profession) _____ Lien entre le tiers et le(s) propriétaire(s)

Si le tiers est une personne morale (corporation) ou autre entité : _____
Numéro d'entreprise _____ Lieu de délivrance du certificat de constitution

Si vous ne parvenez pas à obtenir les renseignements mentionnés ci-dessus sur le tiers, veuillez inscrire les raisons dans l'espace ci-dessous :

Si vous ne parvenez pas à déterminer si le propriétaire agit au nom d'un tiers, mais avez des motifs raisonnables de croire que c'est le cas, veuillez inscrire les motifs dans l'espace ci-dessous :

G – But de l'assurance (applicable à une transformation vers une assurance vie entière et une assurance vie universelle)

G1 – Assurance personnelle

- Protection du revenu / prêts Protection de la succession Dons de charité

G2 – Assurance commerciale

- Achat / vente Garantie d'emprunt (précisez le montant : _____ \$) Planification successorale
- Protection personne-clé Autre (précisez) : _____

H – Signatures S'il y a plusieurs propriétaires au contrat pour lequel une modification est demandée, CHACUN d'entre eux doit signer cette section.

Je demande (nous demandons) à SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc. de modifier le contrat dont le numéro figure à la section A de ce formulaire, en fonction des renseignements inscrits à ce formulaire. Le présent formulaire est réputé faire partie du contrat d'assurance conclu entre le(s) propriétaire(s) et SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc. Cette ou ces modifications prendront effet à la date où SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc. traitera la présente demande.

Je conviens (nous convenons) avoir reçu les explications du conseiller concernant la possibilité de changement de régime fiscal qu'entraînent certaines modifications n'exigeant pas des preuves d'assurabilité, le cas échéant, et qu'à ce titre l'entièreté du contrat pourrait être soumis aux règles fiscales en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, si ce n'est pas déjà le cas.

Je déclare (nous déclarons) que les renseignements fournis dans la déclaration de résidence aux fins de l'impôt sont exacts et complets et je m'engage (nous engageons) à fournir à SSQ, Société d'assurance inc./SSQ, Société d'assurance-vie inc. une nouvelle déclaration de résidence aux fins de l'impôt dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances faisant en sorte que les renseignements fournis dans le présent formulaire deviennent incomplets ou inexacts.

_____ ce _____ jour de _____ de l'an _____
Signée à (ville et province) Date

X

Signature du propriétaire 1

X

Signature du propriétaire 2

X

Signature du (des) propriétaire(s) pour le prélèvement des frais de modification en vie universelle, à même le Fonds d'accumulation (non applicable pour une remise en vigueur)

X

X

Signature(s) du (des) bénéficiaire(s) irrévocable(s) du contrat original

X

Si le(s) propriétaire(s) est (sont) une (des) personne(s) morale(s) ou autre(s) entité(s) :

Nom et titre du signataire autorisé

X

Signature

Nom et titre du signataire autorisé

X

Signature

I – Rapport du conseiller en sécurité financière / représentant

I1 – Renseignements sur le conseiller en sécurité financière / représentant

Les renseignements suivants sont nécessaires au traitement de ce formulaire ainsi que pour le versement des commissions.

Nom du conseiller de service (en caractères d'imprimerie)

Agence

Code du conseiller en sécurité financière / représentant

Partage % (multiples de 5 %)

Téléphone

Nom du conseiller qui partage la commission (s'il y a lieu) (en caractères d'imprimerie)

Agence

Code du conseiller en sécurité financière / représentant

Partage % (multiples de 5 %)

Téléphone

Nom du conseiller qui partage la commission (s'il y a lieu) (en caractères d'imprimerie)

Agence

Code du conseiller en sécurité financière / représentant

Partage % (multiples de 5 %)

Téléphone

I2 – Signature du conseiller en sécurité financière / représentant

Je confirme avoir remis le document « Communication de renseignements concernant les conseillers » au(x) propriétaire(s) lequel l'informe (les informe) :

- du nom de la ou des sociétés que je représente actuellement;
- que je touche une rémunération comme des commissions sur la vente de produits d'assurance vie et d'assurance maladie grave;
- que je pourrais toucher une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, de participation à des congrès ou d'autres incitatifs; et
- de tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction.

Je déclare avoir un permis valide sur le territoire où ce formulaire a été signé.

À ma connaissance, les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts.

Détermination de l'existence d'un tiers (applicable seulement à une transformation vers l'assurance vie entière et l'assurance vie universelle)

Conformément à la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* ainsi qu'à ses règlements, j'ai fait des efforts raisonnables en vue de déterminer si le(s) propriétaire(s) agit (agissent) au nom d'un tiers.

Nom du conseiller en sécurité financière / représentant (en caractères d'imprimerie)

X

Signature du conseiller en sécurité financière / représentant

Date | A | A | A | A | M | M | J | J |

Notes et détails du conseiller en sécurité financière / représentant

