

Proposition de demande de transformation

Numéro de la police :

<p>Objectif du présent formulaire</p>	<p>Utilisez le présent formulaire pour demander une transformation qui ne nécessite pas de preuve d'assurabilité. Veuillez employer notre formulaire <i>en cas de changements de police complexes</i> pour ajouter des garanties ou des avenants ou pour modifier vos primes dans le cadre de cette transformation.</p>
<p>Termes utilisés dans le présent formulaire</p>	<p><i>Financière Foresters™, assureur et nous</i> désignent L'Ordre Indépendant des Forestiers ou Foresters, compagnie d'assurance vie. <i>Vous et votre/vos</i> désignent le ou les propriétaires remplissant et signant le présent formulaire, sauf indication contraire. <i>Police</i> désigne une rente, une police ou un certificat établi par un assureur et comprend tous les avenants qui s'y rattachent. <i>Propriétaire</i> comprend le propriétaire de la police, le créancier de la cession absolue et le rentier. Le numéro d'assurance sociale s'abrège en NAS et le numéro d'identification fiscale, en NIF.</p>

1. Renseignements sur le propriétaire

<p>Renseignements sur le propriétaire</p>	<p>Nom du propriétaire n° 1 (prénom, initiales et nom de famille)</p> <input type="text"/>		
	<p>NAS/NIF</p> <input type="text"/>	<p>Date de naissance (jj/mm/aaaa)</p> <input type="text"/>	<p>N° de téléphone principal</p> <input type="text"/>
	<p>Nom du propriétaire n° 2 (le cas échéant) (prénom, initiales et nom de famille)</p> <input type="text"/>		
	<p>NAS/NIF</p> <input type="text"/>	<p>Date de naissance (jj/mm/aaaa)</p> <input type="text"/>	<p>N° de téléphone principal</p> <input type="text"/>
	<p>Nom du propriétaire n° 2 (le cas échéant) (prénom, initiales et nom de famille)</p> <input type="text"/>		
	<p>NAS/NIF</p> <input type="text"/>	<p>Date de naissance (jj/mm/aaaa)</p> <input type="text"/>	<p>N° de téléphone principal</p> <input type="text"/>

2. Renseignements sur la personne assurée

<p>Renseignements sur la ou les personnes assurées</p> <p>À remplir seulement si la personne n'est pas le propriétaire.</p>	<p>Nom de la personne assurée n° 1 (prénom, initiales et nom de famille)</p> <input type="text"/>		
	<p>NAS/NIF</p> <input type="text"/>	<p>Date de naissance (jj/mm/aaaa)</p> <input type="text"/>	<p>N° de téléphone principal</p> <input type="text"/>
	<p>Nom de la personne assurée n° 2 (le cas échéant) (prénom, initiales et nom de famille)</p> <input type="text"/>		
	<p>NAS/NIF</p> <input type="text"/>	<p>Date de naissance (jj/mm/aaaa)</p> <input type="text"/>	<p>N° de téléphone principal</p> <input type="text"/>
	<p>Nom de la personne assurée n° 2 (le cas échéant) (prénom, initiales et nom de famille)</p> <input type="text"/>		
	<p>NAS/NIF</p> <input type="text"/>	<p>Date de naissance (jj/mm/aaaa)</p> <input type="text"/>	<p>N° de téléphone principal</p> <input type="text"/>

3. Assurance à transformer (existante)

<p>3.1 Protection à transformer</p>	<p>Veuillez indiquer la demande de transformation:</p>			
	<p><input type="radio"/> Assurance de base</p>	<p><input type="radio"/> Avenant temporaire</p>	<p><input type="radio"/> Avenant pour conjoint</p>	<p><input type="radio"/> Avenant pour enfant (ATE/GAE)</p>
	<p><input type="radio"/> Prestation d'assurabilité garantie</p>	<p><input type="radio"/> Autre (veuillez préciser): <input type="text"/></p>		
	<p>Les avenants à inclure dans la nouvelle police ou le nouveau certificat une fois l'assurance de base transformée</p>			
	<p><input type="radio"/> Garantie en cas de décès accidentel</p>	<p><input type="radio"/> Exonération</p>	<p><input type="radio"/> Autre (veuillez préciser): <input type="text"/></p>	
<p><i>Note : vous ne pouvez utiliser le présent formulaire pour ajouter des avenants à la nouvelle assurance que si votre contrat permet de le faire sans fournir de preuve d'assurabilité. Veuillez examiner la section relative à la transformation de votre contrat pour obtenir de plus amples détails.</i></p>				
<p>Personne assurée dont l'assurance est transformée:</p>				
<p>Nom (prénom, initiales et nom de famille)</p> <input type="text"/>			<p>Date de naissance (jj/mm/aaaa)</p> <input type="text"/>	

Demande de se prévaloir de son droit de transformation (suite)

Numéro de la police :

3. Assurance à transformer (existante) (suite)

Montant de la protection à transformer:

3.2 Rétention de la valeur nominale dans le cadre du régime d'assurance existant

(uniquement pour les transformations partielles)

Lors du traitement de votre demande de transformation, le montant de l'assurance qui a été transformé sera déduit de la valeur nominale du régime d'assurance existant. S'il reste un montant d'assurance du régime d'assurance existant, voulez-vous:

- maintenir en vigueur le régime d'assurance existant avec ce qui reste de la valeur nominale
 ou résilier le régime d'assurance existant.

N.B. : Si le régime d'assurance existant ne comporte que des conditions privilégiées et que la valeur nominale de celui-ci, une fois transformé, est inférieure à la valeur minimale prévue pour ce régime d'assurance, le régime d'assurance existant sera automatiquement résilié, quelle que soit l'option choisie dans la présente section. Cependant, si le régime d'assurance existant comporte des conditions privilégiées et que la valeur nominale de celui-ci, une fois transformé, est supérieure ou égale à 50 000\$ et que vous avez opté pour maintenir la protection restante du régime d'assurance existant, votre demande sera honorée.

4. Demande de transformation

4.1 Régime d'assurance à transformer en (nouveau)

Annexer l'illustration au nouveau régime d'assurance

Avantage Plus

Veuillez choisir une option de participation:

- Bonifications d'assurance libérée Participations capitalisées
 Paiement en espèces Réduction de prime
 Assurance valorisée

Si l'assurance valorisée a été sélectionnée, veuillez remplir:

Montant de l'assurance de base:

Montant valorisé initial:

Assurance vie entière sans participation

Si sa valeur est inférieure à 50 000 \$, sélectionnez l'Assurance vie entière sans participation simplifiée ou Avantage Plus

Montant de l'assurance:

- Individuelle Conjointe Conjointe premier décès Conjointe dernier décès

Avenant temporaire 10 ans:

Avenant temporaire 20 ans:

Avenant temporaire 30 ans:

Période de paiement des primes: Paiement jusqu'à 100 ans Paiement pendant

Assurance vie entière sans participation simplifiée

Montant de l'assurance:

- Individuelle Conjointe premier décès Conjointe

dernier décès Période de paiement de la prime: Paiement jusqu'à 100 ans

Soins de vie, temporaire 75 ans (applicable uniquement aux transformations de Soins de vie, temporaire 10 ans)

Valeur nominale totale du nouveau régime d'assurance (c'est-à-dire le montant à transformer):

5. Renseignements sur le propriétaire en cas de transformation d'une assurance temporaire

5.1 Vérification du propriétaire

Si le propriétaire est une société ou une personne morale, remplissez de plus un exemplaire du formulaire 105847 FR, qui porte sur la vérification de l'identité des personnes morales, pour chaque propriétaire

Conformément à la Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes, il faut vérifier l'identité des propriétaires et la participation de tout tiers déterminé à la section 5.3. Pour qu'un document d'identification soit jugé acceptable, il doit avoir un numéro d'identification qui le caractérise et avoir été produit par un gouvernement provincial, territorial ou fédéral.

Demande de se prévaloir de son droit de transformation (suite)

Numéro de la police :

5. Renseignements sur le propriétaire en cas de transformation d'une assurance temporaire (suite)

<p>Propriétaire n° 1</p> <p>Document permettant de vérifier l'identité:</p> <p><input type="radio"/> Certificat de naissance</p> <p><input type="radio"/> Permis de conduire signé, avec photo</p> <p><input type="radio"/> Passeport</p> <p><input type="radio"/> Autre (précisez): <input type="text"/></p> <p>N° du document</p> <input type="text"/>	<p>Propriétaire n° 2</p> <p>Document permettant de vérifier l'identité:</p> <p><input type="radio"/> Certificat de naissance</p> <p><input type="radio"/> Permis de conduire signé, avec photo</p> <p><input type="radio"/> Passeport</p> <p><input type="radio"/> Autre (précisez): <input type="text"/></p> <p>N° du document</p> <input type="text"/>		
<p>Lieu de <input type="text"/></p>	<p>Date de naissance (jj/mm/aaaa) <input type="text"/></p>	<p>Lieu de <input type="text"/></p>	<p>Date de naissance (jj/mm/aaaa) <input type="text"/></p>

5.2 Statut fiscal du propriétaire aux États-Unis

Conformément à l'accord Canada-États-Unis pour un meilleur échange de renseignements fiscaux, les institutions financières canadiennes sont tenues par la loi de transmettre à l'Agence du revenu du Canada des renseignements sur certains comptes financiers détenus au Canada par des citoyens ou résidents américains.

Aux fins de la fiscalité américaine, êtes-vous un résident ou un citoyen américain?

Propriétaire n° 1

Oui Non

Propriétaire n° 2

Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez votre numéro d'identification fiscale (NIF) américain.

N° d'identification fiscale (NIF) américain du propriétaire n° 1

N° d'identification fiscale (NIF) américain du propriétaire n° 2

5.3 Détermination du tiers

Le tiers est une personne physique ou morale qui n'est ni la personne assurée ni le propriétaire, mais qui dispose d'un intérêt dans une police: par exemple, un payeur de primes, un mandataire, un exécuteur ou un fiduciaire.

S'il existe plusieurs tiers, veuillez remplir un exemplaire du formulaire 105815 FR, qui porte sur la *détermination des tiers*, pour chaque tiers.

Un tiers participe-t-il à la demande d'assurance, paie-t-il les primes, fait-il usage de la valeur en espèces de la police demandée ou y a-t-il accès? Veuillez donner les renseignements suivants dans l'affirmative.

Oui
 Non

Nom légal complet (prénom et nom de famille) du tiers ou raison sociale de la personne morale

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Type de relation entre le tiers

et les propriétaires

Description de la profession ou de la nature de l'entreprise

Adresse (numéro et nom de la rue)

Ville

Province/Territoire

Code postal

Numéro d'enregistrement (dans le cas d'une entreprise)

Province/Territoire dans lequel elle a été constituée en société

Veuillez expliquer pourquoi, si vous êtes dans l'impossibilité de fournir des détails sur le tiers:

6. Désignation des bénéficiaires

Veuillez prendre connaissance de ce qui suit en cas de désignation des bénéficiaires

N.B. : Les bénéficiaires de la nouvelle police seront les mêmes que pour la police d'origine.

Si vous désirez modifier la désignation des bénéficiaires actuelle, veuillez remplir le formulaire numéro 105929

Demande de se prévaloir de son droit de transformation (suite)

Numéro de la police :

7. Instructions sur les primes et l'établissement

7.1 Paiement des primes

Si vous présentez une proposition pour plusieurs polices d'assurance, nous appliquerons vos instructions sur le paiement des primes et l'établissement de polices à toutes les polices précisées, à moins d'indication contraire.

Faites vos chèques à l'ordre de **Foresters**.

N.B. : Pour le paiement d'une prime mensuelle, veuillez remplir la présente.

Payeur de primes

Qui paiera les primes? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

Propriétaire n° 1 Propriétaire n° 2 Autre (précisez):

Par des prélèvements automatiques mensuels dans le compte suivant:

Le compte où figure le numéro de police de Foresters:

Le compte figurant sur le spécimen de chèque ci-joint

Spécimen de chèque non disponible. Veuillez utiliser les renseignements bancaires suivants:

Numéro de domiciliation

Numéro de banque

Numéro de compte

Fréquence des paiements

Mensuels Trimestriels
 Semestriels Annuels

Date du retrait demandée

Le 1^{er} Le 8^e
 Le 15^e Le 22^e

Type de compte

Compte chèques
 Compte d'épargne

Nom de l'institution financière

Adresse

Ville

Province/Territoire

Code postal

7.2 Autorisation pour le régime de prélèvement automatique (« l'Entente »)

Aux fins de la présente Entente, « l'Assureur » signifie, selon le cas, soit L'Ordre Indépendant des Forestiers soit Foresters, compagnie d'assurance vie; le terme « police » signifie un certificat ou une police établi par l'Assureur, y compris ses avenants.

En signant ci-dessous, le payeur vérifie si le payeur détient le compte mentionné sur le chèque ANNULÉ ci-joint ou à la section 7.1 de la présente proposition de transformation temporaire (« la Proposition ») et consent aux conditions suivantes:

1. En vertu de la présente Entente, l'Assureur établissant une police est autorisé à effectuer des déductions mensuelles de ce compte ou de tout autre compte déterminé ou substitué par le payeur, pour les primes et les frais d'assurance de chaque police établie par cet Assureur dans le cadre de la présente proposition;
2. L'établissement financier à partir duquel les retraits seront effectués est autorisé à se charger de tout retrait demandé par l'Assureur comme si
3. L'Assureur se réserve le droit de déterminer quand le premier retrait, le cas échéant, sera effectué et quel sera le montant de chaque retrait pour chaque police établie par cet Assureur; le montant des retraits subséquents peut varier.
4. La présente Entente est en vigueur immédiatement et continuera de l'être jusqu'à ce qu'elle soit annulée, soit par le payeur soit par l'Assureur au moyen d'un préavis d'au moins 30 jours présenté à l'autre partie. Le payeur peut obtenir un modèle de formulaire d'annulation ou de plus amples renseignements sur le droit d'annuler une autorisation au régime de prélèvements automatiques auprès de l'établissement financier ou en visitant www.cdnpay.ca;
5. Si les fonds ne sont pas disponibles à cause d'une insuffisance de provision, l'Assureur pourra soumettre le retrait à la prochaine date de retrait planifiée pour le montant en souffrance requis pour chaque police pendant qu'elle est en vigueur;
6. Le payeur peut se prévaloir de certains droits de recours si un retrait n'est pas conforme à la présente Entente. Par exemple, le payeur a le droit d'être remboursé pour tout prélèvement non autorisé ou qui n'est pas conforme à la présente Entente. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les droits de recours, le payeur doit communiquer avec son établissement financier ou visiter www.cdnpay.ca;
7. Le payeur peut communiquer avec l'Assureur à l'adresse ou au numéro de téléphone suivants:
Services offerts aux propriétaires de polices
Foresters, 789, chemin Don Mills, Toronto (Ontario) M3C 1T9. 1 800 828-1540

Le payeur renonce au droit de recevoir un préavis du montant et de la date du premier retrait, et d'un changement du montant du retrait requis comme prime ou frais d'assurance de chaque police en vigueur, ou encore d'un changement de Le titulaire du compte bancaire doit signer cette autorisation de régime de PPA étant donné que son nom figure sur les données bancaires du compte soumis.

Les retraits mensuels effectués en vertu de la présente Entente sont d'ordre: personnel professionnel

Signature du titulaire du compte

Date (jj/mm/aaaa)

Signature du titulaire du compte conjoint (le cas échéant)

Date (jj/mm/aaaa)

Demande de se prévaloir de son droit de transformation (suite)

Numéro de la police :

8. Ententes et autorisations

8.1 Autorisation de modification

Dans la présente section, les termes « vous », « vos » et « votre » désignent les propriétaires du régime d'assurance existant, le père, la mère, le tuteur ou la tutrice des enfants de moins de 16 ans (18 ans au Québec), ou le bénéficiaire irrévocable ou privilégié, ou encore le créancier gagiste, dans le régime d'assurance existant.

Les termes « nous », « nos » et « notre » désignent l'Assureur du nouveau régime d'assurance. Pour Soins à vie, l'assurance vie entière sans participation et l'assurance vie entière simplifiée sans participation, l'Assureur est Foresters, compagnie d'assurance vie; pour l'assurance vie entière Advantage Plus, il s'agit de L'Ordre Indépendant des Forestiers.

En signant ci-dessous:

Vous reconnaissez que nous traiterons votre demande de transformation conformément aux dispositions de votre contrat et de nos règles administratives actuelles.

Vous avez lu la présente proposition de transformation et confirmez que les déclarations qui y figurent sont complètes et véridiques. Vous demandez la transformation décrite dans la présente proposition et vous y consentez.

Vous autorisez l'Assureur original à divulguer tout renseignement lié au régime d'assurance existant à nous et à nos réassureurs, et vous nous autorisez à utiliser ces renseignements pour administrer le nouveau régime d'assurance.

Vous nous accordez le droit de contester la nouvelle assurance à la lumière de la preuve d'assurabilité soumise lorsque l'Assureur original a établi ou remis en vigueur le régime d'assurance existant. Cela signifie que nous avons le droit de résilier la nouvelle assurance si une fausse déclaration importante a été produite concernant le régime d'assurance existant. La période de contestabilité et d'assurance en cas de suicide débute à la date d'émission du régime d'assurance existant ou de sa dernière remise en vigueur, selon la plus récente de ces deux dates.

Si nous établissons la police demandée dans le cadre de cette transformation, vous consentez aux conditions suivantes:

- À la date d'entrée en vigueur de la nouvelle protection, l'assurance transformée et toute assurance devant être résiliée, comme le décrit la présente demande de transformation, prendront fin.
- Selon le montant de l'assurance à transformer ou à résilier, cela signifie que la police ou le certificat existant peut prendre fin. Vous consentez à cette résiliation.
- Vous acceptez que le nouvelle assurance respecte l'obligation de l'Assureur original de fournir une assurance supplémentaire en vertu du régime d'assurance existant. L'Assureur original est par la présente dégagé de cette obligation; on considère qu'il a fourni l'équivalent de la nouvelle assurance.
- Le ou les propriétaires actuels du régime d'assurance existant deviendront le ou les propriétaires initiaux du nouveau régime d'assurance.

Le cas échéant, vous avez lu et compris la version définitive de l'exemple d'offre pour le nouveau régime.

Vous comprenez qu'aucune transformation n'aura lieu tant qu'elle n'aura pas été acceptée par l'Assureur et que les preuves de cette transformation n'auront pas été émises par l'Assureur; et vous consentez à cette condition.

Si vous êtes un bénéficiaire ou un créancier gagiste, vous consentez à la perte de vos droits relativement à l'assurance qui sera transformée ou résiliée. Vous comprenez qu'il est possible que vous n'ayez aucun droit sur le nouveau régime d'assurance.

Vous consentez au changement de protection demandé dans le présent formulaire, ainsi qu'aux conditions suivantes:

- Le changement que vous demandez est assujéti aux modalités de la police et entrera en vigueur à la date déterminée par Foresters.
- La présente demande ne sera pas valide tant que toutes ses pages n'auront pas été remplies et soumises, y compris, le cas échéant, le chèque demandé ou le formulaire de prélèvements automatiques.
- Tous les signataires doivent apposer leurs initiales à toute correction apportée au présent formulaire.
- Le bénéficiaire actuel doit signer pour renoncer à ses droits s'il est l'une des deux personnes suivantes:

Le bénéficiaire irrévocable : bénéficiaire que vous avez désigné comme celui devant toucher les prestations d'assurance dans l'une des deux conditions suivantes :

- Le propriétaire a précisé dans le formulaire de désignation du bénéficiaire que la désignation est irrévocable et a respecté toute formalité applicable pour qu'elle soit irrévocable en égard à la loi provinciale;
- Au Québec seulement, le bénéficiaire irrévocable est un bénéficiaire qui est l'époux, l'épouse ou le conjoint de fait du propriétaire, à moins que ce dernier n'ait précisé dans le formulaire de désignation du bénéficiaire que sa désignation était révocable.

8.2 Propriétaire(s)

Signé à ville (province)

Date (jj/mm/aaaa)

Initiales

Si le propriétaire est une société, il faut que deux dirigeants apposent leur signature ou qu'un seul dirigeant le fasse, pourvu qu'il soit autorisé à apposer le sceau de sa société. S'il n'y a qu'un seul signataire autorisé et que la société n'a pas de sceau, il faut signer ci-dessous et apposer vos initiales ci-contre.

Signature du propriétaire n° 1

Nom et titre en caractères d'imprimerie si vous représentez une société

Signature du propriétaire n° 2

Nom et titre en caractères d'imprimerie si vous représentez une société

Demande de se prévaloir de son droit de transformation (suite)

Numéro de la police :

8. Ententes et autorisations (suite)

8.3 Personne(s) assurée(s)	Signature de la personne assurée n° 1	Nom et titre en caractères d'imprimerie si vous représentez une société
	<input type="text" value="X"/>	<input type="text"/>
	Signature de la personne assurée n° 2	Nom et titre en caractères d'imprimerie si vous représentez une société
	<input type="text" value="X"/>	<input type="text"/>

8.4 Bénéficiaire(s) irrévocable(s)	Signé à ville (province)	Date (jj/mm/aaaa)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text" value="Initiales"/> Si le bénéficiaire est une société, il faut que deux dirigeants apposent leur signature ou qu'un seul dirigeant le fasse, pourvu qu'il soit autorisé à apposer le sceau de sa société. S'il n'y a qu'un seul signataire autorisé et que la société n'a pas de sceau, il faut signer ci-dessous et apposer vos initiales ci-contre.	
	Signature du bénéficiaire irrévocable n° 1	Nom et titre en caractères d'imprimerie si vous représentez une société
	<input type="text" value="X"/>	<input type="text"/>
	Signature du bénéficiaire irrévocable n° 2	Nom et titre en caractères d'imprimerie si vous représentez une société
	<input type="text" value="X"/>	<input type="text"/>

8.5 Créancier(s) gagiste(s)	Signé à ville (province)	Date (jj/mm/aaaa)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text" value="Initiales"/> Si le cessionnaire est une société, il faut que deux dirigeants apposent leur signature ou qu'un seul dirigeant le fasse, pourvu qu'il soit autorisé à apposer le sceau de sa société. S'il n'y a qu'un seul signataire autorisé et que la société n'a pas de sceau, il faut signer ci-dessous et apposer vos initiales ci-contre.	
	Signature du cessionnaire n° 1	Nom et titre en caractères d'imprimerie si vous représentez une société
	<input type="text" value="X"/>	<input type="text"/>
	Signature du cessionnaire n° 2	Nom et titre en caractères d'imprimerie si vous représentez une société
	<input type="text" value="X"/>	<input type="text"/>

9. Rapport du conseiller

9.1 Renseignements sur le conseiller	Prénom, initiales et nom de famille du conseiller		
	<input type="text"/>		
	Code du conseiller	Code de son cabinet	Pourcentage
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prénom, initiales et nom de famille du conseiller		
	<input type="text"/>		
	Code du conseiller	Code de son cabinet	Pourcentage
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9.2 Signature du conseiller ayant rempli la présente proposition et le rapport du conseiller	<p>J'ai remis aux propriétaires et aux personnes assurées un avis de divulgation mentionnant les sociétés que je représente, le fait que je sois rémunéré pour la vente de produits de compagnies d'assurance de personnes, et qu'il se peut que je touche une gratification supplémentaire : primes, participation à des conférences et autres mesures incitatives. J'ai aussi mentionné devant eux les conflits d'intérêts ou les risques de conflits liés à cette transaction.</p> <p>À ma connaissance, les renseignements figurant dans la présente proposition sont à jour, complets et véridiques; et tous les renseignements nécessaires pour comprendre la présente demande d'assurance ont été divulgués dans la proposition elle-même ou dans le rapport du conseiller.</p> <p>J'ai vérifié l'identité du ou des propriétaires. Je confirme que les détails d'identification de la présente proposition correspondent aux détails d'identification des documents originaux qu'on m'a montrés et que j'ai déployé tous les efforts raisonnablement possibles pour déterminer si l'un des propriétaires agirait pour le compte d'un tiers. Si je soupçonne la participation d'un tiers anonyme dans cette proposition, je transmettrai, dans un délai raisonnable, les détails de cette participation à compliancecda@foresters.com.</p>	Date (jj/mm/aaaa)
	Signature du conseiller	<input type="text" value="X"/>