



**Assurance
individuelle**

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

Version : Juillet 2023

Beneva 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 I 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 (N° 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 (N° 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 I 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 ou une assurance vie temporaire 100 enrichie, la section D doit être remplie.

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

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

• L'assurance vie temporaire simplifiée peut être transformée seulement en assurance vie entière simplifiée.

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

• L'assurance vie temporaire simplifiée peut être transformée seulement en assurance vie entière simplifiée.

• 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

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

- Offert 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 et vers une garantie disponible au moment de la demande.

Changement de 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. Pour une **assurance vie entière** ou une **assurance vie temporaire 100 enrichie**, la **section B4** doit également être remplie sur la nouvelle proposition. Pour une **assurance vie universelle**, les **sections B4, B5, B6 et F** doivent également être remplies sur la nouvelle proposition.
- Remplir le formulaire de *changement de propriétaire* (FIND0206F) 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. Pour une **assurance vie entière** ou une **assurance vie temporaire 100 enrichie**, la **section B4** doit également être remplie sur la nouvelle proposition. Pour une **assurance vie universelle**, les **sections B4, B5, B6 et F** doivent également être remplies sur la nouvelle proposition.

Autre modification (précisez) : _____

B2 – Augmentation du capital assuré sans preuves d'assurabilité

 (ex. : Tempo Plus, Assurance prêts, Tempoflex, Hypotoit)

- 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.

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

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.

X

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.

X

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 Veuillez 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 10 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 de la durée : _____ ans (durée minimum : 10 ans de la date d'émission)
- Fin de la durée : _____ ans (durée maximum : 100 ans moins l'âge de l'assuré à l'émission)
- 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 prêt 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	%
Stratégie 100 % actions	%	Compte à intérêt garanti 10 ans	%
Répartition d'actifs canadiens CI	%	Comptes Indiciels	
Revenu et croissance mondial CI	%	Marché monétaire canadien (Bons du trésor à 3 mois)	%
Revenu mensuel sécuritaire Guardian	%	Obligations canadiennes (Indice des obligations universelles FTSE Canada)	%
Revenu mensuel Guardian	%	Actions canadiennes (S&P/TSX)	%
Obligations PIMCO	%	Actions américaines (S&P 500)	%
Obligations mondiales PIMCO	%	Actions américaines, technologie (MSCI US IM Technologie de l'information 25/50)	%
Actions canadiennes Triasima	%	Actions petites capitalisations américaines (Indice petite capitalisation S&P 600)	%
Actions canadiennes dividendes Guardian	%	Actions internationales (MSCI EAEO)	%
Actions américaines Hillsdale	%	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	%		%
Actions marchés émergents Fisher	%		%
Immobilier Mondial CI	%		%
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 doit remplir le formulaire **Détermination des personnes politiquement vulnérables et dirigeants d'une organisation internationale** (FRA1234F) pour tout dépôt forfaitaire de 100 000 \$ et plus à l'égard d'un produit d'assurance vie universelle.

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 spécimen de chèque)

C2 – Accord de débits préautorisés (DPA)

- J'autorise Beneva 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 Beneva inc. avant la date dudit renouvellement.
- Je comprends qu'en fonction du produit choisi, un paiement mensuel entraînera une prime annualisée supérieure.
- Si un DPA est refusé pour insuffisance de fonds, Beneva 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 Beneva 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 Beneva inc. ne m'avisera pas avant chaque DPA.**
- Dans le cas où je demande à Beneva 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 Beneva 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 Beneva 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 Beneva inc. relativement à un contrat d'assurance, dans la mesure où les paiements sont effectués au moyen d'une autre méthode acceptée par Beneva 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.

Beneva inc.

Comptabilité des primes

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

Veillez 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, une assurance vie temporaire 100 enrichie 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 Beneva 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, changement d'adresse à la suite d'un déménagement dans un pays autre que le Canada, etc.).

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

Pour l'**assurance vie entière** ou l'**assurance vie temporaire 100 enrichie**, la Déclaration de résidence aux fins de l'impôt doit être remplie sur le formulaire *Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Entité (FRA1748F)*.

Pour l'**assurance vie universelle**, la Déclaration de résidence aux fins de l'impôt doit être remplie sur le formulaire *Vérification de l'identité des personnes morales et autres entités (FRA1235F)*.

Propriétaire 1 (individu)	Propriétaire 2 (individu)
Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous :	Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous :
<input type="checkbox"/> Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt	<input type="checkbox"/> Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt
<input type="checkbox"/> Je suis résident d'une autre juridiction que le Canada ou 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 (FRA1737F)</i> est obligatoire.	<input type="checkbox"/> Je suis résident d'une autre juridiction que le Canada ou 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 (FRA1737F)</i> 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 (FRA1737F)</i> 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 (FRA1737F)</i> est obligatoire.

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

Pour l'**assurance vie universelle (VU)** : Le conseiller en sécurité financière/représentant doit vérifier l'identité de chaque propriétaire du contrat, tel que requis par la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* (la Loi).

De quelle façon vérifiez-vous l'identité de chaque propriétaire, pour une assurance VU?

Cochez la ou les case(s) qui s'applique(nt) :

- En présence physique de chaque personne** : à l'aide d'un document d'identité avec photo **authentique (original), valide, non expiré (le cas échéant) et délivré par un gouvernement** → Si vous cochez cette case, veuillez indiquer ci-dessous pour chaque personne, le document d'identité examiné, le numéro qu'il porte, sa date d'expiration (le cas échéant) et le territoire de compétence où il a été émis. Si le choix « Autre document avec photo admissible selon la Loi » a été coché ci-dessous, veuillez préciser le type de document vérifié. 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. L'Ontario, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard interdisent l'utilisation d'une carte d'assurance maladie à des fins d'identification.
- En utilisant le processus double** (si vérification faite à distance ou si pièce d'identité non valide) : à l'aide de deux documents lisibles, valides et à jour provenant de deux sources différentes, indépendantes et fiables → **Si vous cochez cette case, le formulaire *Méthode à processus double pour la vérification de l'identité – Individu – Attestation du conseiller en sécurité financière/représentant (FRA1913F)* est obligatoire.**

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)	Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité (si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)																
Nom de l'employeur	Nom de l'employeur																
Statut d'emploi (par exemple, employé, cadre, propriétaire, travailleur autonome, etc.)	Statut d'emploi (par exemple, employé, cadre, propriétaire, travailleur autonome, etc.)																
<input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté avec photo	<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) : _____	<input type="checkbox"/> Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) : _____																
Numéro du document	Numéro du document																
Territoire de compétence	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></tr></table>	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></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J										
A	A	A	A	M	M	J	J										
Date d'expiration du document	Date d'expiration du document																

F – Détermination de l'existence d'un tiers (applicable à une transformation vers 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 transformation, 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.

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 |

Date de naissance (si le tiers est une personne physique)

Adresse complète permanente du tiers

Numéro de téléphone du tiers

Activité principale ou profession : inscrivez des renseignements complets et détaillés, incluant le titre d'emploi, le domaine d'activité, le nom de l'employeur et le statut d'emploi (employé, cadre, propriétaire, travailleur autonome, etc.); si retraité, indiquez les détails sur la dernière profession/occupation avant la retraite

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 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 – Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)

Avis concernant la protection de vos renseignements personnels

Pour Beneva¹, protéger vos renseignements personnels est primordial. C'est pourquoi nous vous informons que nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels avec votre consentement, à moins que la loi nous autorise à le faire autrement, et ce, pour la durée nécessaire aux fins ci-dessous :

- vous identifier
- établir et mettre à jour votre profil, vos besoins et vos objectifs
- évaluer vos demandes et votre admissibilité à nos produits et services
- vous communiquer des conseils liés à votre situation
- administrer vos contrats ainsi que vos produits ou services (ex. : tarification, sélection des risques, souscription, traitement de vos réclamations, etc.)
- se conformer à des exigences légales et réglementaires (ex. : pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude, etc.)
- obtenir votre opinion en lien avec nos produits ou services
- vous proposer des offres et des conseils personnalisés sur nos produits ou nos services (voir votre **droit de retrait de consentement**) selon vos préférences et conformément aux règles relatives aux communications électroniques et téléphoniques
- mener des études et des recherches incluant la conception et l'application de modèles statistiques dont certains peuvent permettre de créer ou d'inférer de nouvelles informations à votre sujet

De quelles façons Beneva recueille vos renseignements personnels?

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels par téléphone, en personne, et à l'aide de nos formulaires et de nos interfaces numériques.

À qui Beneva communique vos renseignements personnels?

Pour les raisons mentionnées plus tôt, et seulement s'ils sont liés à vos produits ou services, nous communiquons vos renseignements personnels à nos sociétés affiliées et à nos réseaux de distribution ainsi qu'à des tiers, dont certains peuvent être situés à l'extérieur du Québec et du Canada.

Ces tiers peuvent inclure :

- d'autres institutions financières, comme des assureurs et des réassureurs
- d'autres organismes ou entités détenant des renseignements sur vous, entre autres, en assurance, en fraude ou en indemnisation
- des intermédiaires
- des agences d'évaluation du crédit
- des ministères et des organismes gouvernementaux ou des autorités réglementaires
- des employeurs
- des fournisseurs de services en lien avec une réclamation, comme des professionnels de la santé et des ateliers de réparation automobile
- d'autres mandataires et fournisseurs de services (services technologiques, services d'impression et d'expédition de documents, etc.)

Notez que dans tous les cas, nous nous assurons qu'ils respectent la protection de vos renseignements personnels.

Quels sont vos droits d'accès et de rectification?

Accéder à vos renseignements personnels ou demander la correction d'un renseignement incomplet ou inexact est possible. Transmettez-nous une demande à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

Beneva
625, rue Jacques-Parizeau
Québec (Québec) G1R 2G5

ResponsablePRP@beneva.ca

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, consultez la version complète de notre Énoncé de confidentialité au www.beneva.ca.

Votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels est nécessaire à la fourniture du produit ou service demandé ou offert. Vous avez le droit de retirer votre consentement, mais Beneva ne pourra toutefois plus continuer à vous offrir ses produits ou services.

1. Le terme « Beneva » signifie Beneva inc., ses sociétés affiliées, leurs mutuelles et ses réseaux de distribution. Les sociétés affiliées de Beneva inc. désignent La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, Services d'investissement Beneva inc., Société d'assurance Beneva inc., L'Unique assurances générales inc. et Unica assurances inc.

I – 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 Beneva 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 Beneva inc. Cette ou ces modifications prendront effet à la date où Beneva 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 nous engageons) à fournir à Beneva 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.

Je déclare (nous déclarons) que les renseignements indiqués dans le présent formulaire à l'égard d'une assurance vie universelle (si applicable) concernant mes (nos) coordonnées, mon (notre) identification, ma (notre) profession (incluant le titre d'emploi, le domaine d'activité, le nom de l'employeur et le statut d'emploi) et le but de l'assurance, sont exacts, complets et correctement inscrits, et je m'engage (nous nous engageons) à aviser promptement Beneva inc., ou encore, mon (notre) conseiller en sécurité financière/représentant de tout changement relatif à ceux-ci. Le cas échéant, le conseiller en sécurité financière/représentant transmettra alors sans délai les renseignements mis à jour à Beneva inc.

Je déclare (nous déclarons) avoir pris connaissance de l'avis concernant la protection des renseignements personnels et en accepter (acceptons) les conditions.

_____ ce _____ jour de _____ de l'an _____
Signé 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

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

X

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

X

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

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

J – Rapport du conseiller en sécurité financière / représentant

J1 – 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

J2 – 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.

Vérification de l'identité du (des) propriétaire(s) (applicable à l'assurance vie universelle)

J'ai vérifié l'identité de la (des) personne(s) qui a (ont) apposé sa (leur) signature au présent formulaire en qualité de propriétaire(s) en utilisant une méthode permise selon les exigences de la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* et ses règlements connexes.

Détermination de l'existence d'un tiers (applicable à 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 pris des mesures raisonnables en vue de déterminer si le(s) propriétaire(s) agit (agissent) au nom d'un tiers.

Contrôle continu des relations d'affaires (applicable à l'assurance vie universelle)

Lorsque la (les) personne(s) qui a (ont) apposé sa (leur) signature au présent formulaire en qualité de propriétaire(s) m'avise(nt) d'une mise à jour concernant les renseignements relatifs à ses (leurs) coordonnées(s), son (leur) identification, sa (leur) profession (incluant le titre d'emploi, le domaine d'activité, le nom de l'employeur et le statut d'emploi) ou le but de l'assurance, je m'engage à en informer sans délai Beneva inc.

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

