

INSTRUCTIONS

- Le présent formulaire doit être dûment rempli, signé et transmis à Beneva inc.
- Une copie de ce formulaire sera remise au(x) nouveau(x) propriétaire(s) avec une lettre de confirmation.

Numéro de contrat	Nom(s) du(des) propriétaire(s) actuel(s)	Nom du(des) assuré(s)
	1. _____	1. _____
	2. _____	2. _____

Le(s) nouveau(x) propriétaire(s) du contrat doit compléter les sections A, B, C ou D, selon le type de transfert de propriété.

A – Transfert de propriété en faveur d'un **INDIVIDU**.

- Pour une assurance vie entière ou une assurance vie temporaire 100 ans enrichie, la section A2 est obligatoire pour chaque nouveau propriétaire.
- Pour une assurance vie universelle, les sections A2, A3, A4 et K sont obligatoires pour chaque nouveau propriétaire.

B – Transfert de propriété en faveur d'une **ENTITÉ**.

- Pour une assurance vie entière ou une assurance vie temporaire 100 ans enrichie, le formulaire *Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Entité* (FRA1748F) est obligatoire.
- Pour une assurance vie universelle, le formulaire *Vérification de l'identité des personnes morales et autres entités* (FRA1235F) est obligatoire.

C – Transfert de propriété en faveur d'une **FIDUCIE OU SUCCESSION**.

- Pour une assurance vie entière ou une assurance vie temporaire 100 ans enrichie, le formulaire *Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Entité* (FRA1748F) est obligatoire.
- Pour une assurance vie universelle, le formulaire *Vérification de l'identité des personnes morales et autres entités* (FRA1235F) est obligatoire.

D – Transfert de propriété en faveur d'un **ORGANISME SANS BUT LUCRATIF**.

- Pour une assurance vie entière ou une assurance vie temporaire 100 ans enrichie, le formulaire *Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Entité* (FRA1748F) est obligatoire.
- Pour une assurance vie universelle, le formulaire *Vérification de l'identité des personnes morales et autres entités* (FRA1235F) est obligatoire.

Les sections ci-dessous doivent également être complétées.

- | | |
|---|--|
| E – Propriétaire subsidiaire/successeur (si applicable) | K – Détermination de l'existence d'un tiers (applicable à l'assurance vie universelle) |
| F – Propriétaire(s) actuel(s) – déclarations, documents requis, consentements et signatures | L – Désignation(s) du(des) nouveau(x) bénéficiaire(s) |
| G – Signature du(des) bénéficiaire(s) irrévocable(s) (si applicable) | M – Nouveau(x) propriétaire(s) – Déclarations, consentements et signatures |
| H – Consentement du(des) créancier(s) (si applicable) | N – Déclaration du conseiller en sécurité financière/représentant |
| I – Consentement du syndic de faillite (si applicable) | O – Débits préautorisés (si applicable) |
| J – Paiement des primes | |

A – Nouveau(x) propriétaire(s) : Veuillez compléter la section appropriée selon le type de nouveau propriétaire

A – Individu **B** – Entité **C** – Fiducie ou succession **D** – Organisme sans but lucratif

A1 – Individu propriétaire 1

Nom du nouveau propriétaire 1

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

Date de naissance

Lien avec l'assuré

Adresse résidentielle complète

Numéro civique et nom de la rue App.

Ville

Province

Code postal

Téléphone (résidence)

Téléphone (cellulaire)

Pour l'assurance vie universelle

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

Statut d'emploi (ex. : employé, cadre, propriétaire, travailleur autonome, etc.)

A1 – Individu propriétaire 2

Nom du nouveau propriétaire 2

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

Date de naissance

Lien avec l'assuré

Adresse résidentielle complète

Numéro civique et nom de la rue App.

Ville

Province

Code postal

Téléphone (résidence)

Téléphone (cellulaire)

Pour l'assurance vie universelle

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

Statut d'emploi (ex. : employé, cadre, propriétaire, travailleur autonome, etc.)

Assurance vie entière, assurance vie temporaire 100 ans enrichie et assurance vie universelle (obligatoire pour chaque nouveau propriétaire individu)

- Assurance vie entière ou assurance vie temporaire 100 ans enrichie : remplir la section A2.
- Assurance vie universelle : remplir les sections A2, A3, A4 et K.

A2 – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt du(des) propriétaire(s) individu(s) (autocertification)

Applicable à l'assurance vie entière, l'assurance vie temporaire 100 ans enrichie et l'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, de numéro de téléphone et/ou d'adresse dans un pays autre que le Canada, changement d'adresse à la suite d'un déménagement dans un pays autre que le Canada, etc.).

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

A3 – Identité du(des) propriétaire(s) individu(s) (applicable à l'assurance vie universelle)

Cette section doit être remplie par le conseiller en sécurité financière/représentant. Dans le cas où celui-ci ne participe pas à cette modification, ne pas remplir cette section.

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 – Individu	Propriétaire 2 – Individu
<p>Nom du propriétaire (apparaissant sur le document)</p> <p><input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté avec photo</p> <p><input type="checkbox"/> Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :</p> <p>_____</p> <p>Numéro du document Territoire de compétence</p> <p><input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/></p> <p>Date d'expiration du document</p>	<p>Nom du propriétaire (apparaissant sur le document)</p> <p><input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté avec photo</p> <p><input type="checkbox"/> Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :</p> <p>_____</p> <p>Numéro du document Territoire de compétence</p> <p><input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/></p> <p>Date d'expiration du document</p>

A4 – But de l'assurance – Individu (applicable à l'assurance vie universelle)

Assurance personnelle

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

B – Entité

- Pour une assurance vie entière ou une assurance vie temporaire 100 ans enrichie, veuillez également remplir le formulaire *Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Entité* (FRA1748F).
- Pour une assurance vie universelle, veuillez également remplir le formulaire *Vérification de l'identité des personnes morales et autres entités* (FRA1235F).

Dénomination sociale complète de la personne morale ou autre entité

Nature de l'entreprise (ou principale activité)

Lien entre le nouveau propriétaire et l'assuré

Adresse complète

Nom et prénom de l'administrateur 1

Nom et prénom de l'administrateur 2

Nom et prénom de l'administrateur 3

Nom et prénom de l'administrateur 4

C – Fiducie et succession

- Pour une assurance vie entière ou une assurance vie temporaire 100 ans enrichie, veuillez également remplir le formulaire *Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Entité* (FRA1748F).
- Pour une assurance vie universelle, veuillez également remplir le formulaire *Vérification de l'identité des personnes morales et autres entités* (FRA1235F).

Nom de la fiducie ou de la succession

Lien entre la fiducie ou la succession et l'assuré

Adresse complète

Nom et prénom de tous les fiduciaires, bénéficiaires et constituants de la fiducie, OU tous les liquidateurs et bénéficiaires de la succession*	Adresse complète	Profession
1.		
2.		
3.		
4.		

* Cette sous-section ne doit pas être remplie lorsque le formulaire *Vérification de l'identité des personnes morales et autres entités* (FRA1235F) est requis.

D – Organisme sans but lucratif

- Pour une assurance vie entière ou une assurance vie temporaire 100 ans enrichie, veuillez également remplir le formulaire *Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Entité* (FRA1748F).
- Pour une assurance vie universelle, veuillez également remplir le formulaire *Vérification de l'identité des personnes morales et autres entités* (FRA1235F).

Nom de l'organisme

Adresse complète

Lien entre l'organisme et l'assuré

Est-ce que l'organisme sollicite le public pour obtenir des dons en argent? Oui Non

Quelle est l'activité principale de l'organisme? _____

Le propriétaire est-il un organisme de bienfaisance enregistré auprès de l'Agence du revenu du Canada (ARC)?

Oui → Si oui, indiquez son numéro d'enregistrement auprès de l'ARC : _____ Non

E – Titulaire subsidiaire

Au décès d'un propriétaire, les droits et intérêts du propriétaire décédé dans le contrat seront transférés au propriétaire subsidiaire/successeur nommé dans cette section.

Prénom et nom du propriétaire subsidiaire/successeur 1

Lien avec l'assuré

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

Date de naissance

Prénom et nom du propriétaire subsidiaire/successeur 1

Lien avec l'assuré

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

Date de naissance

Déclarations et signatures

- Vous déclarez que tous les renseignements indiqués dans le présent formulaire sont exacts et complets.
- Dans le cas d'une entité, fiducie ou succession, veuillez vous référer à la section H du présent formulaire pour déterminer les documents requis selon le type d'entité.

X

Signature du propriétaire, personne autorisée, fiduciaire ou liquidateur*

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

Date

X

Signature du propriétaire, personne autorisée, fiduciaire ou liquidateur*

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

Date

* La signature du **nouveau propriétaire** est requise lorsque la nomination du titulaire successeur est demandée avec le transfert de propriété.

La signature du **propriétaire actuel** est requise lorsque la demande est uniquement pour la nomination d'un titulaire subsidiaire.

H – Consentement du(des) créancier(s) (si applicable)

Nous consentons au changement demandé, le tout sujet aux droits que nous avons à titre de créanciers hypothécaires de ce contrat.

Nom du cessionnaire

Numéro de téléphone

Nom et titre de la personne autorisée (cessionnaire)

X
Signature de la personne autorisée

Date

I – Consentement du syndic de faillite (si applicable)

Si vous êtes libéré de la faillite, veuillez joindre une copie de la libération. À défaut d'avoir été libéré de la faillite, le consentement du syndic est requis.

Nom et titre de la personne autorisée (syndic)

Numéro de téléphone

X
Signature de la personne autorisée

Date

J – Paiement des primes

Le nouveau propriétaire sera responsable des paiements de primes.

- Débit préautorisé tiré sur le même compte bancaire associé au numéro de contrat figurant à la première page du présent formulaire.
- Débit préautorisé tiré sur un nouveau compte bancaire (même payeur) → Veuillez joindre un spécimen de chèque.
- Changement de payeur → Veuillez joindre un spécimen de chèque et remplir l'Accord de débits préautorisés (section O).
- Changement de mode de paiement à annuel.
- Changement de mode de paiement à mensuel → Veuillez joindre un spécimen de chèque et remplir l'Accord de débits préautorisés (section O).

K – Détermination de l'existence d'un tiers (applicable à l'assurance vie universelle)

1. Est-ce que le payeur des primes est différent du nouveau propriétaire? Oui Non
2. Existe-t-il un tiers en ce qui concerne ce contrat ou est-ce qu'un tiers aura l'usage de et/ou accès à la valeur du contrat? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une de ces deux questions, veuillez remplir la partie « Identification du tiers » ci-dessous :

Identification du tiers (si applicable)

Nom du tiers (en caractères d'imprimerie)

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 entité : _____
Numéro d'entreprise Lieu de délivrance du certificat de constitution

L – Bénéficiaire(s) – assurance vie, avenant maladies graves et assurance maladies graves

- Indiquer le prénom et le nom de la personne qui recevra les sommes prévues lorsqu'elles deviennent payables en vertu des couvertures choisies. En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.
- **Si plusieurs bénéficiaires sont nommés, la répartition en pourcentage des parts doit éгалer 100 %.** Si la répartition en pourcentage n'est pas fournie, les sommes payables seront réparties en parts égales entre les bénéficiaires survivants admissibles.
- Les désignations de bénéficiaires sont révocables, à moins d'indication contraire. Au Québec toutefois, si le conjoint auquel le propriétaire est marié ou uni civilement est désigné comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable, à moins d'avoir été expressément désigné à titre révocable.
- Si le bénéficiaire précède la personne à assurer, les sommes prévues seront payables au bénéficiaire subsidiaire au décès de la personne à assurer.
- Au Québec, le parent survivant est toujours le tuteur de l'enfant, à moins d'un avis contraire dans un jugement de la Cour.
- Si des enfants mineurs sont désignés à titre irrévocable, nous devons obtenir une ordonnance de la Cour ou attendre la majorité avant d'effectuer toute demande de modification au contrat, tels que retrait partiel, prêt, rachat et autres changements connexes.

Propriétaire à assurer 1

Bénéficiaire(s) pour l'assurance vie

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %
			Révocable	Irrévocable	
1 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s)

– En cas de décès du(des) bénéficiaire(s) désigné(s) plus haut, le pourcentage est équivalent.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %
			Révocable	Irrévocable	
1 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (sans objet au Québec)

- Si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est suggéré qu'une fiducie soit constituée afin de veiller à toute demande de réclamation éventuelle (non applicable au Québec).
- Si une fiducie est constituée, fournir les renseignements ci-dessous.

Nom du bénéficiaire mineur Prénom du bénéficiaire mineur Nom complet du fiduciaire Lien avec l'assuré

Propriétaire à assurer 2

Bénéficiaire(s) pour l'assurance vie

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %
			Révocable	Irrévocable	
1 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s)

– En cas de décès du(des) bénéficiaire(s) désigné(s) plus haut, le pourcentage est équivalent.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %
			Révocable	Irrévocable	
1 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (sans objet au Québec)

- Si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est suggéré qu'une fiducie soit constituée afin de veiller à toute demande de réclamation éventuelle (non applicable au Québec).
- Si une fiducie est constituée, fournir les renseignements ci-dessous.

Nom du bénéficiaire mineur Prénom du bénéficiaire mineur Nom complet du fiduciaire Lien avec l'assuré

L – Bénéficiaire(s) – assurance vie, avenant maladies graves et assurance maladies graves (suite)

Propriétaire à assurer 1

Bénéficiaire pour l'AVENANT maladies graves

– En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) pour l'Avenant maladies graves.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case	
			Révocable	Irrévocable
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bénéficiaire pour l'ASSURANCE maladies graves

– En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case	
			Révocable	Irrévocable
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bénéficiaire pour la garantie Remboursement des primes au décès (maladies graves)

– En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case	
			Révocable	Irrévocable
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bénéficiaire pour la garantie Remboursement des primes du vivant (maladies graves)

– En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case	
			Révocable	Irrévocable
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Propriétaire à assurer 2

Bénéficiaire pour l'AVENANT maladies graves

– En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) pour l'Avenant maladies graves.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case	
			Révocable	Irrévocable
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bénéficiaire pour l'ASSURANCE maladies graves

– En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case	
			Révocable	Irrévocable
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bénéficiaire pour la garantie Remboursement des primes au décès (maladies graves)

– En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case	
			Révocable	Irrévocable
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bénéficiaire pour la garantie Remboursement des primes du vivant (maladies graves)

– En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case	
			Révocable	Irrévocable
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M – Nouveau(x) propriétaire(s) – Déclarations, consentements et signatures

En signant ci-dessous :

- vous déclarez que tous les renseignements indiqués dans le présent formulaire sont exacts, complets et correctement inscrits ;
- vous déclarez que les renseignements fournis dans la déclaration de résidence aux fins de l'impôt sont exacts et complets et vous engagez 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 ;
- vous autorisez Beneva inc., lorsque la Loi l'exige, à vérifier votre identité à l'aide d'un produit d'identification indépendant et fiable et/ou de toute autre méthode prévue par la Loi ;
- vous déclarez que les renseignements indiqués dans le présent formulaire à l'égard d'une assurance vie universelle (si applicable) concernant vos coordonnées, votre identification, votre 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 vous vous engagez à aviser promptement Beneva inc., ou encore, votre 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.

Nom du nouveau propriétaire 1, personne autorisée (et titre), fiduciaire ou liquidateur (en caractères d'imprimerie)

X
Signature du nouveau propriétaire 1, personne autorisée, fiduciaire ou liquidateur

 A A A A M M J J
Date

Nom du nouveau propriétaire 2, personne autorisée (et titre), fiduciaire ou liquidateur (en caractères d'imprimerie)

X
Signature du nouveau propriétaire 2, personne autorisée, fiduciaire ou liquidateur

 A A A A M M J J
Date

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

X
Signature du témoin

 A A A A M M J J
Date

Ce changement est enregistré par Beneva inc. qui n'assume aucune responsabilité quant à sa validité, convenance ou légalité.

N – Déclaration du conseiller en sécurité financière/représentant (applicable à l'assurance vie universelle)

En signant ci-dessous, j'atteste avoir vérifié l'identité du(des) nouveau(x) propriétaire(s), signataire(s) autorisé(s), fiduciaires(s) ou liquidateur(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.

De plus, je déclare avoir pris des mesures raisonnables en vue de déterminer si le(s) propriétaire(s) agit(agissent) au nom d'un tiers.

Par ailleurs, lorsque la (les) personne(s) qui a (ont) apposé sa (leur) signature au présent formulaire en qualité de propriétaire(s) m'informe(nt) d'une mise à jour concernant les renseignements relatifs à ses (leurs) coordonnées, 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.

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire ont été recueillis auprès du(des) nouveau(x) propriétaire(s), signataire(s) autorisé(s), fiduciaires(s) ou liquidateur(s) et qu'ils sont, à ma connaissance, exacts et complets.

J'atteste que ma signature, si apposée électroniquement, a la même valeur juridique que ma signature manuscrite. Toute reproduction de ce formulaire dont l'intégrité est assurée a la même valeur juridique que l'original.

Nom et prénom du conseiller en sécurité financière/représentant

N° du conseiller en sécurité financière/représentant

X
Signature du conseiller en sécurité financière/représentant

 A A A A M M J J
Date

O – Débits préautorisés

Jour de prélèvement

Précisez le jour : → **Si aucun choix n'est précisé, le jour de prélèvement actuel sera inchangé.**

* Si le jour de prélèvement précisé est le 29, le 30 ou le 31, le jour de prélèvement sera le 28.

* Vie universelle seulement : si le jour de prélèvement précisé est après la date d'établissement du contrat, le jour de prélèvement sera modifié d'office pour coïncider avec la date d'établissement du contrat.

Accord de débits préautorisés

- 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 la proposition d'assurance ou le jour ouvrable suivant.
- Je comprends qu'en fonction du produit choisi, un paiement mensuel entraînera une prime annualisée supérieure.
- 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

S'agit-il d'un compte conjoint ? Oui Non

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

Date

Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée
(en caractères d'imprimerie)

X

Signature

Date