

IMPORTANT

Ce formulaire est utilisé lorsqu'un représentant désire transférer une partie ou la totalité de sa clientèle à un autre représentant. Le représentant cessionnaire doit détenir un contrat de représentation valide auprès de Beneva. Le représentant cédant doit obtenir lui-même l'accord de son agent général, ainsi que du représentant cessionnaire, pour éviter des délais dans le processus du transfert.

La signature du formulaire fait foi que l'agent général cessionnaire a payé la compensation, s'il y a lieu, à l'agent général cédant. Veuillez vous référer à l'Annexe règles, procédures et prix d'acquisition de transfert entre agents généraux pour les détails.

Représentant cédant

Nom du représentant ou du cabinet (en lettres moulées) Numéro de représentant ou du cabinet – Assurance individuelle Numéro de représentant ou du cabinet – Services financiers

Nom de l'agent général (en lettres moulées) Numéro de l'agent général – Assurance individuelle Numéro de l'agent général – Services financiers

Représentant cessionnaire

Nom du représentant ou du cabinet (en lettres moulées) Numéro de représentant ou du cabinet – Assurance individuelle Numéro de représentant ou du cabinet – Services financiers

Nom de l'agent général (en lettres moulées) Numéro de l'agent général – Assurance individuelle Numéro de l'agent général – Services financiers

Contrats à transférer

Assurance individuelle Totalité Le(s) contrat(s) spécifié(s) ci-après ou en annexe :

| | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| No(s) de contrat(s) : | # | # | # | # | # |
| | # | # | # | # | # |

Services financiers Totalité Le(s) contrat(s) spécifié(s) ci-après ou en annexe :

| | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| No(s) de contrat(s) : | # | # | # | # | # |
| | # | # | # | # | # |

Signatures et consentements**Représentant et cabinet cédant**

Je, soussigné, représentant cédant, demande par la présente le transfert de(s) contrat(s) énuméré(s) ci-dessus, pour service et commissions, au représentant cessionnaire mentionné ci-dessous. J'ai, à titre onéreux, vendu, transféré et cédé au représentant cessionnaire, toute la rémunération payable à mon endroit en vertu des dispositions de mon contrat auprès de Beneva inc. Advenant le transfert complet, je comprends que mon (mes) numéro(s) de représentant sera (seront) fermé(s) après le transfert. Toute dette envers Beneva inc. doit être remboursée avant le transfert complet de la clientèle. La compagnie entend par dette, un prêt, une avance sur la rémunération ou autres sommes dues.

Signature du représentant _____ Date

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

Nom du signataire autorisé du cabinet, s'il y a lieu _____ Signature du signataire autorisé du cabinet, s'il y a lieu _____ Date

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

Agent général cédant

Pour les affaires d'assurance individuelle : Après le transfert, l'agent général cédant demeure responsable de toutes reprises de surcommissions pour les contrats d'assurance individuelle (vie et santé) souscrits par le Représentant auprès de SSQ assurances et auprès de Beneva inc. après le 1^{er} janvier 2023 lorsque la période de reprise de rémunération de ces contrats n'est pas résolue.

Nom du signataire autorisé _____ Signature de la personne autorisée _____ Date

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

Représentant et cabinet cessionnaire

Je, soussigné, représentant cessionnaire, accepte le présent transfert et en accepte toutes les responsabilités. En ce qui concerne les produits d'assurance individuelle, les responsabilités incluent notamment toute reprise ou ajustement de rémunération tel que stipulé dans l'annexe de rémunération au titre des contrats d'assurance susmentionnés.

Signature du représentant _____ Date

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

Nom du signataire autorisé du cabinet, s'il y a lieu _____ Signature du signataire autorisé du cabinet, s'il y a lieu _____ Date

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

Agent général cessionnaire

Par la présente, nous acceptons les responsabilités afférentes aux contrats qui seront transférés et toute responsabilité financière éventuelle pour les affaires passées relativement à ces contrats. Toute reprise sera calculée au taux de surcommission ou partage en vigueur au moment de la reprise pour les contrats d'assurance individuelle (vie et santé) souscrits auprès de La Capitale.

Nom du signataire autorisé _____ Signature de la personne autorisée _____ Date

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