

Demande de transformation

Renseignements sur la couverture en vigueur			
Police numéro : _____		Nom du propriétaire : _____	
	Prénom	2 ^e prénom	Nom
Indiquer la couverture à transformer.		Montant de la transformation.	
<input type="radio"/> Police temporaire		_____ \$	<input type="radio"/> Transformation complète <input type="radio"/> Transformation partielle
<input type="radio"/> Avenant temporaire		_____ \$	<input type="radio"/> Transformation complète <input type="radio"/> Transformation partielle
<input type="radio"/> Avenant temporaire pour enfants		_____ \$	(Jusqu'à 5 fois le montant de l'avenant temporaire.)
S'il s'agit d'une transformation partielle, qu'advient-il de la couverture restante? <input type="radio"/> Elle sera maintenue <input type="radio"/> Elle sera annulée			

Renseignements sur la nouvelle couverture
Demande de transformation en (Indiquez le nom du produit) : _____ Période de paiement des primes : <input type="radio"/> Jusqu'à l'âge de 100 ans <input type="radio"/> Paiement sur 20 ans (Non offerte pour la Elite express) Avec l'inclusion des avenants suivants : _____ (Seuls les avenants offerts par Foresters aux fins de transformation et en vigueur sur une police temporaire existante peuvent être inclus à la demande de transformation.)
S'il s'agit de la transformation d'un avenant temporaire pour enfants, répondez aux questions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Au cours des 12 derniers mois, la personne assurée visée par la transformation a-t-elle utilisé une substance ou un produit (sous toutes leurs formes) qui contient du tabac ou de la nicotine (excluant les cigares), ou a-t-elle fumé de la marijuana plus de 4 fois par semaine, y compris par vaporisateur ou cigarette électronique (vapoter)? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Document original montré pour confirmer l'identité de la personne assurée visée par la transformation de l'avenant temporaire pour enfants : <input type="radio"/> Permis de conduire ou <input type="radio"/> Autre pièce d'identité délivrée par le gouvernement avec photo (indiquez laquelle) : _____ Numéro du document : _____ Province/Territoire de délivrance : _____ Date d'expiration (JJ/MM/AAAA) : _____

Personne assurée visée par la transformation
Nom : _____ <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme Prénom 2 ^e prénom Nom
Adresse : _____ Numéro et rue Numéro d'appartement Ville Province/Territoire Code postal
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ Numéro d'assurance sociale : _____ (Non requis pour une transformation en T100 Elite express)
Téléphone Principal : _____ Courriel : _____ Travail/autre : _____

Propriétaire de la nouvelle couverture
Le propriétaire est : <input type="radio"/> L'assuré visé par la transformation <input type="radio"/> Autre (Remplir cette section)
Nom légal complet de la personne (prénom, 2 ^e prénom, nom) ou de la société/l'entité : _____
Lien avec l'assuré visé par la transformation : _____
Adresse : _____ Numéro et rue Numéro d'appartement Ville Province/Territoire Code postal
Téléphone Principal : _____ Courriel : _____ Travail/autre : _____
Si une personne : Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ Numéro d'assurance sociale : _____ (Non requis pour une transformation en T100 Elite express)
<input type="radio"/> Permis de conduire ou <input type="radio"/> Autre pièce d'identité délivrée par le gouvernement avec photo (indiquez laquelle) : _____ Numéro du document : _____ Province/Territoire de délivrance : _____ Date d'expiration (JJ/MM/AAAA) : _____

Statut fiscal international du propriétaire (Non requis pour une transformation en T100)**Vous avez l'obligation de nous informer de tout changement de statut de résident fiscal.**Êtes-vous un résident des États-Unis à des fins fiscales, ou un citoyen américain, et/ou résident fiscal d'un autre pays? Oui NonSi oui, fournissez _____ et/ou _____ et _____
Votre numéro d'identification fiscale américain Nom du (des) pays Numéro(s) d'identification fiscale**Payeur**Le payeur est : L'assuré visé par la transformation Le propriétaire Autre (Remplir cette section)Nom légal complet de la personne (prénom, 2^e prénom, nom) ou de la société/l'entité : _____

Lien avec l'assuré visé par la transformation : _____

Adresse : _____
Numéro et rue Numéro d'appartement Ville Province/Territoire Code postal

Téléphone Principal : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Travail/autre : _____

Bénéficiaire**Le total des parts doit être égal à 100 % pour les premiers bénéficiaires et à 100 % pour les bénéficiaires subsidiaires.****Chaque bénéficiaire est révocable à moins d'indication contraire. Cependant, au Québec, la désignation du conjoint de droit du propriétaire est irrévocable, à moins qu'il ne soit indiqué expressément que cette désignation est révocable.**

Nom	Lien avec l'assuré visé par la transformation	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	% de part	Révocable (R) Irrévocable (I)	Premier (P) Subsidiaire
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> R <input type="radio"/> I	<input type="radio"/> P <input type="radio"/> S
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> R <input type="radio"/> I	<input type="radio"/> P <input type="radio"/> S
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> R <input type="radio"/> I	<input type="radio"/> P <input type="radio"/> S

Si le bénéficiaire est un mineur, dans toutes les provinces sauf au Québec, un fiduciaire doit être désigné pour recevoir les fonds au nom du mineur. Au Québec, le capital payable à un mineur sera versé aux parents (ou au tuteur légal, le cas échéant).

Nom du fiduciaire : _____ Lien avec le propriétaire : _____

Détails de la prime**Pour les primes mensuelles par prélèvement automatique (PPA), il n'y a pas de prélèvement de prime le premier mois.****Pour le mode de paiement annuel, à moins que le payeur n'autorise Foresters, compagnie d'assurance vie à retirer la prime initiale par carte de crédit, cette proposition doit être accompagnée d'un chèque portant la date du jour à l'ordre de Foresters, compagnie d'assurance vie, pour le paiement de la prime initiale exigible. La prime calculée sur une année coûte moins cher dans le cas du mode de paiement annuel.**Fréquence de paiement des primes : Annuelle Mensuelle (PPA) Montant de la prime pour la fréquence indiquée : _____ \$Méthode de paiement des primes :
 Chèque (Libellé à l'ordre de Foresters compagnie d'assurance vie; uniquement pour les paiements annuels.)
 Prélèvement automatique (PPA) (Uniquement pour les paiements mensuels; remplissez la section Renseignements sur le paiement par PPA.)
 Carte de crédit (Uniquement pour les paiements annuels; remplissez la section Renseignements sur le paiement par carte crédit.)Méthode de paiement de la prime initiale pour les paiements annuels, si elle est différente de la méthode indiquée ci-dessus : Chèque Carte de crédit
(La prime initiale doit être soumise avec cette proposition d'assurance si le mode de paiement sélectionné est annuel.)**Renseignements sur le paiement par carte de crédit**Type de carte : VISA MASTERCARD Nom du titulaire de la carte tel qu'il apparaît sur la carte : _____

Numéro de carte : _____ Date d'expiration (JJ/MM/AAAA) : _____ Signature : _____

Détermination d'un tiers (Non requis pour une transformation en T100)**Un tiers est une personne ou une entité qui a un intérêt dans la police, mais qui n'est pas l'assuré visé par la transformation, le propriétaire, le payeur ou le fiduciaire d'un mineur bénéficiaire. Par exemple, une personne détenant une procuration et un exécuteur.**Un tiers participe-t-il à cette demande de transformation ou aura-t-il l'usage de la valeur de rachat de la police, ou accès à celle-ci? Oui Non

Si OUI, remplissez un questionnaire distinct de détermination de tiers (formulaire CP011) pour chaque tiers.

Renseignements sur le paiement par prélèvements automatiques (PPA)

Chaque prime pour la couverture demandée (si elle n'est pas payée avec la proposition) sera prélevée sur le compte bancaire indiqué sur le chèque ANNULÉ ci-joint ou suivant les coordonnées bancaires fournies, sauf indication contraire.

S'il s'agit d'un compte d'épargne, veuillez vous assurer que ce compte permet les prélèvements automatiques.

Nature des prélèvements mensuels dans le cadre de cette entente de PPA : Personnel Affaires

Date de prélèvement demandée (entre le 1^{er} et le 28 du mois) : _____

Renseignements sur le compte bancaire pour le PPA à prendre : du chèque ANNULÉ ci-joint des coordonnées bancaires ci-dessous
(à remplir si le chèque n'est pas joint)

Type de compte Chèque Épargne

N° de transit (5 chiffres) : _____ N° de compte : _____

N° de l'institution financière (3 chiffres) : _____ Nom de l'institution financière : _____

Adresse de l'institution financière : _____
Numéro et rue Ville Province/Territoire Code postal

Entente de paiement par prélèvements automatiques (PPA)

Par sa signature ci-dessous, le payeur confirme qu'il est titulaire du compte indiqué ci-dessus ou sur le chèque ANNULÉ ci-joint et il convient de ce qui suit :

1) Foresters, compagnie d'assurance vie (« l'assureur ») est autorisée, en vertu de la présente entente de PPA (« l'entente »), à effectuer des prélèvements mensuels du compte indiqué aux présentes ou d'un autre compte indiqué ou substitué ultérieurement par le payeur pour le paiement des primes et des frais d'assurance de chaque police émise en réponse à la présente proposition.

2) L'institution financière auprès de laquelle les prélèvements seront effectués est autorisée à accepter tout prélèvement demandé par l'assureur comme si le payeur l'avait personnellement effectué.

3) L'assureur se réserve le droit de déterminer à quel moment le premier prélèvement sera fait, le cas échéant, et le montant de ce prélèvement; le montant des prélèvements subséquents peut varier.

4) La présente entente entre en vigueur immédiatement et le restera jusqu'à ce qu'elle soit annulée, ce que le payeur ou l'assureur peut faire à tout moment avec un préavis écrit d'au moins 30 jours à l'autre partie. Le payeur peut obtenir un modèle de formulaire d'annulation ou davantage de renseignements sur le droit d'annuler une entente de PPA auprès de son institution financière, ou en consultant le site www.cdnpay.ca.

5) Si les fonds ne sont pas disponibles en raison d'une insuffisance de fonds, l'assureur peut, à sa discrétion, prélever du compte du payeur, à la prochaine date de prélèvement prévue, le montant manquant applicable à chaque police alors en vigueur.

6) Le payeur peut se prévaloir de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, le payeur a le droit d'obtenir le remboursement de tout prélèvement qui n'a pas été autorisé ou n'est pas conforme à la présente entente. Pour obtenir de plus de renseignements sur les droits de recours, le payeur peut communiquer avec son institution financière ou consulter le site www.cdnpay.ca.

Si le payeur signe la présente entente par voie électronique, il consent à ce que la période de confirmation écrite de la présente entente, avant le premier prélèvement, puisse passer de 15 à 3 jours. S'il signe à la main, une confirmation écrite n'est pas nécessaire avant le premier prélèvement, qui peut être fait en tout temps.

Le payeur peut communiquer avec l'assureur à l'adresse et au numéro de téléphone suivants :

L'attention des : Services aux propriétaires de police, Foresters, 250 Ferrand Drive, bureau 1100, Toronto, ON M3C 3G8
Numéro de téléphone : 1 877 629-9090

Le payeur renonce au droit de recevoir un préavis du montant et de la date du premier prélèvement et de tout changement du montant du prélèvement requis pour la prime ou les frais pour chaque police d'assurance en vigueur ou de tout changement demandé par le payeur, de quelque manière que ce soit.

Le payeur autorise la divulgation de ses renseignements et de ceux de son compte pour la vérification de son identité et la gestion des paiements, de la police et des prestations.

Le titulaire du compte bancaire doit signer cette entente de la manière dont son nom figure sur les dossiers bancaires du compte soumis.

Signature du titulaire du compte : _____ Date (JJ/MM/AA) : _____

Signature du titulaire conjoint du compte (le cas échéant) : _____ Date (JJ/MM/AA) : _____

Ententes

La « proposition » désigne la présente demande de transformation et inclut les formulaires additionnels, le cas échéant, qui font partie de la présente proposition. « Je » et « moi » désignent chaque personne identifiée dans la proposition comme étant l'assuré visé par la transformation ou un propriétaire, et les parents ou le tuteur légal signant la proposition si l'assuré visé par la transformation est un mineur (moins de 16 ans ou 18 ans au Québec).

Je, comme en font foi mes signatures dans la présente demande, déclare : 1) avoir examiné la présente proposition. 2) qu'on m'a posé toutes les questions qui s'appliquent à moi et que j'ai fourni les réponses indiquées dans la présente proposition. 3) Les déclarations, réponses et affirmations contenues dans la présente proposition sont complètes et véridiques.

Je comprends et conviens que : 1) La transformation demandée dans la présente proposition sera traitée conformément aux modalités de la police ou de l'avenant faisant l'objet de la transformation, ainsi qu'aux règles administratives actuelles de la Compagnie d'assurance vie Foresters. 2) La police d'assurance émise sur la base de la présente proposition entrera en vigueur tel qu'il est décrit dans les modalités de cette police d'assurance et sous réserve de celles-ci. Aucune couverture conditionnelle ou provisoire n'est en vigueur, même si un montant a été fourni, autorisé ou collecté à titre de prime. 3) La Compagnie d'assurance vie Foresters a le droit de contester la police émise sur la base de la présente proposition en se fondant sur la preuve d'assurabilité fournie lorsque la police ou l'avenant faisant l'objet de la transformation avait été émis ou remis en vigueur. Ce qui signifie que la police émise sur la base de la présente proposition peut être annulée si une fausse déclaration importante avait été faite à l'égard de la police ou de l'avenant faisant l'objet de la transformation. Pour la couverture transformée, les délais pour la contestabilité et le suicide courent à partir de la date à laquelle la police ou l'avenant faisant l'objet de la transformation avait été émis ou remis en vigueur pour la dernière fois. 4) La couverture de l'assuré en vertu de la police ou de l'avenant faisant l'objet de la transformation prendra fin ou sera réduite, tel qu'il est décrit dans cette police ou cet avenant. 5) Aucun conseiller, médecin légiste ni aucune autre personne n'a le pouvoir d'établir, de modifier, ou de mettre fin à un contrat d'assurance, sauf le président ou le secrétaire général de la Compagnie d'assurance vie Foresters ou leurs successeurs. 6) La Compagnie d'assurance vie Foresters peut communiquer avec moi ou m'envoyer des messages, y compris des messages préenregistrés, des messages textes, des appels ou des messages au moyen d'un système téléphonique à composition automatique, au(x) numéro(s) de téléphone, dont les numéros de téléphone sans fil, qui sont fournis dans la présente proposition ou que je fournirai ultérieurement. 7) Si j'ai fourni une adresse de courriel courante ou d'autres coordonnées électroniques dans la présente proposition ou ultérieurement, l'assureur, sa société mère, ses filiales et ses sociétés affiliées peuvent utiliser cette adresse de courriel ou ces coordonnées pour m'envoyer, par voie électronique, des messages, des renseignements ou des documents se rapportant, directement ou indirectement, à la présente proposition et à la police d'assurance, ou à l'adhésion, à des événements, bénéfiques et demandes de règlement, et à l'administration ou à d'autres produits et services.

Je demande expressément que ce document ainsi que tous les documents y afférents soient rédigés en français. I expressly agree to have this Application, the policy and any related documents in French.

En cochant cette case, je consens à recevoir des messages écrits ou électroniques de Plan de protection du Canada concernant des renseignements sur les produits et services qui peuvent m'intéresser. Je peux retirer mon consentement à tout moment.

X _____
Signature de l'assuré faisant l'objet de la transformation Fait à Date
(Si l'assuré faisant l'objet de la transformation n'est pas un mineur.) (Province/Territoire) (JJ/MM/AA)

X _____
Signature du propriétaire de la police à transformer Fait à Date
(Si autre que l'assuré faisant l'objet de la transformation.) (Province/Territoire) (JJ/MM/AA)

X _____
Signature du propriétaire de la nouvelle police Fait à Date
(Si autre que l'assuré faisant l'objet de la transformation ou que le propriétaire de la police à transformer.) (Province/Territoire) (JJ/MM/AA)

Nom légal complet du parent / tuteur légal _____ Signature du parent / tuteur légal : **X** _____
(Si l'assuré faisant l'objet de la transformation est un mineur et que le propriétaire n'est pas son parent ou tuteur.)

Attestation du conseiller

En signant ci-dessous, je, le conseiller, atteste ce qui suit : 1) J'ai remis au propriétaire de la nouvelle police une déclaration de divulgation indiquant les compagnies que je représente, que je reçois une commission pour le placement de contrats d'assurance vie et d'assurance en cas de maladie grave, et que je peux recevoir une rémunération additionnelle sous forme de bonis, de participation à des congrès ou d'autres récompenses. J'ai aussi divulgué tout conflit d'intérêts réel ou potentiel dans le cadre de cette transaction. 2) À ma connaissance, les renseignements fournis dans la présente proposition sont à jour, exacts et complets. Je ne possède aucun autre renseignement important pour l'acceptation de la présente proposition qui n'a pas été divulgué aux présentes. 3) J'ai vérifié l'identité du propriétaire de la nouvelle police. Je confirme que les renseignements sur l'identité fournis dans la présente proposition correspondent aux pièces d'identité originales qui m'ont été présentées, et que j'ai déployé des efforts raisonnables pour déterminer si le propriétaire de la nouvelle police agit au nom d'un tiers. Si je soupçonne qu'un tiers non divulgué est en cause, j'enverrai immédiatement les détails par courriel à compliance@cpp.ca.

Nom du conseiller (nom complet en lettres moulées) : _____ Code du conseiller : _____

Signature du conseiller : **X** _____ Date (JJ/MM/AA) : _____