

# Proposition de contrat de

# Rente immédiate

# à prime unique



**BMO Société d'assurance-vie**  
**60, rue Yonge, Toronto, Ontario, Canada M5E 1H5**  
**Tél. : (416) 596-3900 • Téléc. : (416) 596-4143**  
**Sans frais : 1 877 742-5244**

Dans la présente proposition, par **vous** et **votre**, nous entendons le ou les titulaires du contrat de rente. Par **nous**, **nos** et **notre**, nous entendons BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance). Tous les montants sont indiqués en dollars canadiens.

Dans quelle langue désirez-vous que le contrat soit établi?  Anglais  Français

Nous devons recevoir la copie originale de cette proposition pour pouvoir établir le contrat. Veuillez en faire des copies supplémentaires pour le titulaire du contrat et le conseiller.

### 1. Renseignements sur le rentier

Prénom	Second prénom	Nom de famille	Homme <input type="checkbox"/>	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)
				Femme <input type="checkbox"/>
Adresse (numéro civique, rue et numéro d'appartement, RR)				Nombre d'années
Ville	Province	Code postal	Tél. (dom.)	Tél. (bur.)
Numéro d'assurance sociale		Citoyenneté		Êtes-vous résident du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Canadienne <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Autre (préciser)		
Nom de l'employeur		Activité principale, profession ou métier		Nombre d'années au service de l'employeur actuel
Êtes-vous un intermédiaire ou un gardien, tel un avocat, un comptable, un courtier immobilier, une société de fiducie ou un conseiller financier accrédité qui gère des portefeuilles pour le compte de clients? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Adresse de l'employeur (numéro civique, rue et numéro de bureau, RR)				Type d'entreprise
Ville	Province	Code postal	Tél. (bur.)	

### 2. Renseignements sur le rentier secondaire

Prénom	Second prénom	Nom de famille	Homme <input type="checkbox"/>	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)
				Femme <input type="checkbox"/>
Adresse (numéro civique, rue et numéro d'appartement, RR)				Nombre d'années
Ville	Province	Code postal	Tél. (dom.)	Tél. (bur.)
Numéro d'assurance sociale		Citoyenneté		Êtes-vous résident du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Canadienne <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Autre (préciser)		
Nom de l'employeur		Activité principale, profession ou métier		Nombre d'années au service de l'employeur actuel
Êtes-vous un intermédiaire ou un gardien, tel un avocat, un comptable, un courtier immobilier, une société de fiducie ou un conseiller financier accrédité qui gère des portefeuilles pour le compte de clients? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Adresse de l'employeur (numéro civique, rue et numéro de bureau, RR)				Type d'entreprise
Ville	Province	Code postal	Tél. (bur.)	

### 3. Renseignements sur le titulaire (si autre que le rentier)

Prénom	Second prénom	Nom de famille	Homme <input type="checkbox"/>	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)
				Femme <input type="checkbox"/>
Adresse (numéro civique, rue et numéro d'appartement, RR)				Nombre d'années
Ville	Province	Code postal	Tél. (dom.)	Tél. (bur.)
Numéro d'assurance sociale		Citoyenneté		Êtes-vous résident du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Canadienne <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Autre (préciser)		
Lien de parenté au rentier				
Nom de l'employeur		Activité principale, profession ou métier		Nombre d'années au service de l'employeur actuel
Êtes-vous un intermédiaire ou un gardien, tel un avocat, un comptable, un courtier immobilier, une société de fiducie ou un conseiller financier accrédité qui gère des portefeuilles pour le compte de clients? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Adresse de l'employeur (numéro civique, rue et numéro de bureau, RR)				Type d'entreprise
Ville	Province	Code postal	Tél. (bur.)	

#### 4. Renseignements sur le prestataire

- Rentier  
 Rentier tant qu'il est vivant, puis le rentier secondaire, le cas échéant  
 Rentiers conjointement, puis le rentier survivant (pour les contrats non enregistrés seulement)  
 Titulaire  
 Autre (pour les contrats non enregistrés seulement – veuillez fournir l'information demandée ci-dessous); si le prestataire n'est pas apparenté, veuillez remplir le formulaire Vérification de l'identité et Détermination de tierce partie ([576F](#))

Prénom	Second prénom	Nom de famille		Homme <input type="checkbox"/>
Adresse (numéro civique, rue et numéro d'appartement, RR)				Femme <input type="checkbox"/>
Adresse (numéro civique, rue et numéro d'appartement, RR)				Nombre d'années
Ville	Province	Code postal	Tél. (dom.)	Tél. (bur.)
Numéro d'assurance sociale		ou Numéro d'entreprise fédéral		

#### 5. Renseignements relatifs au service de la rente

- Dépôt direct au compte bancaire du prestataire  
Annexer un chèque spécimen portant la mention « NUL » ou en l'absence de chèques, fournir les renseignements bancaires suivants :  
Nom et succursale de votre institution financière : \_\_\_\_\_  
Numéro de compte : \_\_\_\_\_ Numéro de domiciliation : \_\_\_\_\_
- Poster le chèque au prestataire, tel qu'indiqué à la section 4 (n'est offert que pour les versements annuels)

#### 6. Renseignements sur les fonds

- Type de rente :**  Non enregistrés\*  REER  REER de conjoint  CRI/REER immobilisé  FRV  
 FERR  Régime de pension agréé (RPA)\*\*  Régime de participation différée aux bénéfices (RPDB)

\*Source des fonds (sélectionner toutes les réponses pertinentes) – Obligatoire dans le cas de fonds non enregistrés.

- Revenu d'un travail autonome  Revenu d'emploi  Revenu de retraite/pension  Subventions/bourses d'études  
 Indemnités d'assurance  Revenu d'entreprise  Revenu de placement/d'épargne  Vente d'actifs  
 Fiducie/héritage  Cadeau  Prêt  Gains à la loterie  
 Gains d'un procès ou d'un recours judiciaire  Autre \_\_\_\_\_

- Mode de paiement :**  Chèque libellé au nom de BMO<sup>MD</sup> Assurance Montant de la prime unique \_\_\_\_\_ \$  
 Virement d'une autre institution financière

Nom de l'institution : \_\_\_\_\_ Montant de la prime unique \_\_\_\_\_ \$

*Le courtier ne peut pas signer au nom du cessionnaire; veuillez acheminer toutes les copies originales du formulaire de virement à notre bureau.*

Les fonds virés sont-ils assujettis aux lois sur les pensions?  Oui  Non

Dans l'affirmative (Oui), veuillez préciser quelle province ou quelle loi : \_\_\_\_\_

\*\* Les fonds proviennent-ils d'un régime de pension agréé (RPA) à prestations déterminées?  Oui  Non

**Si la réponse est « oui », le formulaire 778E « Renseignements supplémentaires exigés pour un contrat de RIPU acheté avec les fonds d'un régime de pension agréé (RPA) » doit être rempli. BMO Assurance n'émettra aucune rente immédiate à prime unique (RIPU) qui utilise un transfert direct de fonds d'un RPA à prestations déterminées, sauf si ce formulaire est signé par le titulaire potentiel.**

---

## 7. Demande d'un taux garanti

- Non. Veuillez appliquer la tarification de base en vigueur à la date où les fonds sont reçus par BMO Assurance.
- Oui. Veuillez garantir la tarification de base utilisée dans la soumission d'assurance, conformément aux modalités relatives au taux garanti ci-dessous.

Veuillez envoyer votre demande par télécopieur à BMO Assurance au 1-866-716-8999 ou pour les appels locaux, au 416-350-6611, au plus tard à minuit, HNE, le lendemain de la date d'établissement de la soumission d'assurance. Vous trouverez les conditions régissant les taux garantis ci-dessous.

Date d'entrée en vigueur du taux (jj/mmm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Date signée (jj/mmm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Signature du titulaire : X \_\_\_\_\_

### Modalités relatives au taux garanti

**En indiquant qu'un taux garanti est demandé**, le titulaire consent au virement du montant total de la prime à BMO Assurance. Le titulaire accepte le fait que son engagement à virer les fonds est irrévocable.

**Afin de retenir un taux, nous devons obtenir les pièces justificatives suivantes au plus tard à minuit, HNE, le jour ouvrable suivant la date d'établissement de la soumission d'assurance :**

- une copie de la soumission d'assurance et de la proposition dûment signée;
- dans le cas d'une proposition visant des fonds non enregistrés, une copie du chèque au montant de la prime unique intégrale.

Toutes les pièces justificatives doivent être reçues par notre siège social, à Toronto.

Les chèques de fonds non enregistrés au montant de la prime unique intégrale doivent être libellés au nom de BMO Assurance et être reçus à notre siège social, à Toronto, au plus tard 10 jours civils après la date de la demande d'un taux garanti.

Les fonds enregistrés doivent être reçus par BMO Assurance au plus tard 45 jours civils après la date de la demande d'un taux garanti.

Si BMO Assurance reçoit les fonds plus de 10 jours civils après la date de la présente demande dans le cas de fonds non enregistrés ou, dans le cas de fonds enregistrés, plus de 45 jours civils après la date de la présente demande, BMO Assurance se réserve le droit d'offrir le moindre du taux en vigueur à la date où les fonds sont reçus ou du taux garanti, mais n'offrira en aucun cas un taux supérieur au taux garanti.

Si le montant réel reçu excède de plus de 5 000 \$ le montant projeté indiqué dans la présente proposition, BMO Assurance se réserve le droit d'offrir, en ce qui a trait à la somme excédentaire, le moindre du taux en vigueur à la date où les fonds sont reçus ou du taux garanti.

**La présente garantie de taux ne constitue pas une garantie de revenu**, mais plutôt une garantie de la base de tarification utilisée dans le projet de tarification. Veuillez noter que la base de tarification n'est que l'un des facteurs utilisés pour calculer le revenu ou la prime unique. Si les fonds ne sont pas reçus à la date de souscription exacte, BMO Assurance établira un nouveau projet de tarification en fonction de la date réelle de réception, en utilisant le même taux garanti pour déterminer le nouveau montant de revenu ou de la prime unique, mais en rajustant la date de souscription pour qu'elle corresponde à la date de réception du paiement..

## 8. Renseignements sur la rente

**Type de rente :**  Rente viagère sur une tête  Rente réversible  Rente à échéance fixe

Dans le cas d'un compte de retraite immobilisé, d'un REER ou d'un RPA immobilisé, avez-vous un conjoint tel que défini en vertu des lois sur les pensions?  Oui  Non Dans l'affirmative, et si vous ne choisissez pas la rente viagère réversible minimale au sens des lois sur les pensions pertinentes, vous devez remplir un formulaire d'exonération du conjoint.

**Service de la rente :**  Mensuel  Trimestriel  Semestriel  Annuel

**Indexation annuelle des versements** (maximum : 4 % pour les fonds enregistrés; 6 % pour les fonds non enregistrés) :

Oui \_\_\_\_\_ %  Non

**Montant estimé du premier versement basé sur le projet de tarification de rente :** \_\_\_\_\_ \$

**Date du début du service :**  Un mois après la date de souscription

Date précise (jj/mmm/aaaa) \_\_\_\_\_ (du 1er au 28 seulement)

**Options de versements garantis :**  \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_ mois  Sans période garantie\*

\* En apposant ma signature ci-dessous, je confirme avoir compris et accepté qu'aucun versement de rente ou autre montant ne sera payable après le décès de tous les rentiers si le décès survient le jour du premier versement de rente ou après la date du premier versement.

Signature du ou des titulaires  X

**Réduction des versements** (Rentes réversibles seulement après la période garantie) :

Aucune réduction

Versements réduits à \_\_\_\_\_ % au décès du :  Premier rentier décédé  Rentier principal  Rentier secondaire

**Impôt (dans le cas des rentes non enregistrées) :**

Imposition uniforme (rente prescrite), le cas échéant

Imposition sur les gains accumulés

## 9. Renseignements sur le bénéficiaire

La personne que vous désignez ci-dessous en tant que bénéficiaire principal touchera la prestation de décès ou le reste des versements de rente garantis si le rentier décède avant le début du service de la rente ou avant que tous les versements de rente aient été effectués. Si le bénéficiaire principal décède avant le rentier, le bénéficiaire subsidiaire (si un bénéficiaire subsidiaire a été désigné) touchera la prestation de décès ou le reste des versements de rente garantis.

Bénéficiaire principal : \_\_\_\_\_ Lien de parenté au titulaire : \_\_\_\_\_

Bénéficiaire subsidiaire : \_\_\_\_\_ Lien de parenté au titulaire : \_\_\_\_\_

*Si vous résidez au Québec* et avez désigné votre conjoint en tant que bénéficiaire principal – la désignation est automatiquement irrévocable en vertu des lois du Québec. Dans le cas des résidents du Québec, si vous souhaitez que la désignation soit révocable, vous devez l'indiquer ici :  Révocable

*Dans le cas des autres provinces*, les bénéficiaires sont automatiquement révocables. Si vous souhaitez désigner un bénéficiaire irrévocable, veuillez l'indiquer ici :  Irrévocable

## 10. Renseignements complémentaires requis dans le cas d'un contrat non enregistré

Vous devez répondre à la question ci-dessous si la prime provient d'une source de fonds non enregistrés

**Avez-vous souscrit ou obtenu une police d'assurance vie au cours des six derniers mois ou avez-vous l'intention de souscrire une telle police au cours des six prochains mois?**

Oui  Non

**Veillez noter que si vous répondez « Oui », nous rejeterons la présente proposition de contrat de rente immédiate à prime unique et nous n'établirons aucun contrat de rente. Si vous répondez « Non » et que nous déterminons que votre réponse est inexacte, nous n'établirons pas le contrat de rente; de plus, nous exercerons notre droit de résilier tout contrat de rente établi sur la base des renseignements inexacts fournis dans la présente proposition.**

---

## 11. Demandes particulières/Commentaires/Renseignements complémentaires

---

---

---

---

## 12. Ce que vous comprenez et ce à quoi vous consentez en signant la présente proposition et la section Signatures / Déclaration

En apposant votre signature, vous convenez de ce qui suit :

- Les déclarations effectuées dans la proposition sont véridiques et le contrat établi est basé sur celles-ci.
- Vous avez présenté une proposition de contrat de rente immédiate à prime unique de BMO Assurance et nous avez demandé d'établir le contrat tel que vous l'avez choisi.
- Vous convenez que le contrat demandé n'entrera en vigueur que lorsque nous aurons reçu la prime unique et les documents exigés.
- Vous êtes conscient que toutes les sommes qui vous seront versées, à vous ou à vos bénéficiaires, pourraient être assujetties à l'impôt sur le revenu.
- Vous nous autorisez à utiliser votre numéro d'assurance sociale à des fins d'identification, d'administration et de déclarations de revenus dans le cadre de votre contrat.
- Si vous avez retenu un taux d'intérêt, vous avez lu l'entente relative au taux d'intérêt garanti annexée à la présente proposition et vous y consentez.
- Vous acceptez toute modification ou tout ajout indiqué à la section 11 (Demandes particulières / Commentaires / Renseignements complémentaires).
- Vous êtes résident du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu (dans le cas contraire, nous n'établirons pas le contrat de rente).
- Si cette proposition est acceptée par BMO Assurance, un contrat sera expédié à votre conseiller, qui vous le remettra. Si cette proposition n'est pas acceptée par BMO Assurance, toutes les sommes reçues seront remboursées.
- Vous pouvez discuter de toute question ou préoccupation à l'égard du contrat avec votre conseiller ou avec BMO Assurance. Vous comprenez que de plus amples renseignements sont accessibles sur le site Web [www.bmoassurance.com](http://www.bmoassurance.com).

Les soussignés déclarent par la présente que les déclarations et les réponses fournies dans le cadre de la présente proposition sont véridiques et complètes et qu'ils ont lu, compris et accepté les conditions précitées. Si vous signez au nom d'une entreprise, veuillez préciser votre titre.

X

Signature du rentier

Date (jj/mmm/aaaa)

X

Signature du rentier secondaire (le cas échéant)

Date (jj/mmm/aaaa)

X

Signature du titulaire (si autre que le rentier)

Date (jj/mmm/aaaa)

Signé à (ville/province)

Date (jj/mmm/aaaa)

## Protection de vos renseignements personnels

BMO Assurance créera un dossier confidentiel dans lequel nous conserverons vos renseignements personnels à des fins d'administration de votre contrat. Nous reconnaissons et respectons votre droit de protéger votre vie privée. L'accès à ces renseignements sera limité à nos employés qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches, aux personnes auxquelles vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi.

Les renseignements seront conservés à notre siège social et vous pourrez y accéder à des fins d'examen pour y apporter des modifications à notre bureau le plus près de votre province de résidence. Pour consulter votre dossier, communiquer avec le responsable de la conformité de BMO Assurance à l'adresse suivante : 60 rue Yonge, Toronto (Ontario) M5E 1H5.

En signant la présente proposition, vous nous autorisez à :

1. Obtenir des renseignements personnels à votre sujet auprès de personnes résidant hors du Canada (par ex. : votre conseiller), si lesdits renseignements sont nécessaires aux fins énoncées ci-dessus.
2. Divulguer vos renseignements personnels à nos sociétés affiliées et à nos fournisseurs de services lorsqu'une telle divulgation est nécessaire aux fins énoncées ci-dessus.

**Vous avez le droit de révoquer votre consentement en écrivant à l'adresse ci-dessus. Toutefois, la révocation de votre consentement pourrait affecter les services que nous sommes en mesure de vous offrir.**

## RAPPORT DU CONSEILLER (à remplir par le conseiller)

### A) Confirmation de l'identité et de l'âge du rentier

Rentier : \_\_\_\_\_

Document d'identité avec photo (délivré par un gouvernement) approuvé

Permis de conduire     Passeport     Certificat de citoyenneté

Pièce d'identité provinciale     Autre – préciser \_\_\_\_\_

Numéro du document : \_\_\_\_\_

Pays et province de délivrance : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

### B) Confirmation de l'identité et de l'âge du rentier secondaire (le cas échéant)

Rentier secondaire : \_\_\_\_\_

Document d'identité avec photo (délivré par un gouvernement) approuvé

Permis de conduire     Passeport     Certificat de citoyenneté

Pièce d'identité provinciale     Autre – préciser \_\_\_\_\_

Numéro du document : \_\_\_\_\_

Pays et province de délivrance : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

**Si les fonds utilisés ne sont pas enregistrés, vous devez soumettre avec la demande les formulaires suivants :**

NOM DU FORMULAIRE	NUMÉRO DU FORMULAIRE	EXIGENCES
Vérification de l'identité et Détermination de tierce partie	<a href="#">576F</a>	Doit être soumis avec toutes les demandes de rente non enregistrée
Questionnaire pour les étrangers politiquement vulnérables (EPV)	<a href="#">420F</a>	Doit être soumis avec toutes les demandes si les fonds utilisés ne sont pas enregistrés ET si un dépôt de 100 000 \$ ou plus sera fait ou a été illustré.
Déclaration de résidence fiscale de particuliers	<a href="#">RC518F</a>	Doit être soumis avec toutes les propositions si les fonds ne sont pas enregistrés et que le titulaire de police est un particulier.
Déclaration de résidence aux fins de l'impôt pour les entités	<a href="#">RC519F</a>	Doit être soumis avec toutes les propositions si les fonds ne sont pas enregistrés et que le titulaire de police est une entité.

### Vérification de l'identité et de l'âge

En apposant ma signature aux présentes, je déclare avoir utilisé le document original précédent pour vérifier l'identité et la date de naissance du rentier (et du rentier secondaire le cas échéant) et avoir correctement transcrit dudit document la juridiction émettrice, le numéro du document, le nom et la date de naissance de la personne y figurant, tel qu'indiqué ici ou ci-dessus (veuillez joindre à cette proposition une copie des documents d'identité originaux).

En apposant ma signature ci-dessous, je confirme également avoir divulgué ce qui suit aux titulaires de police :

- le nom des autres compagnies que je représente actuellement;
- que je recevrai une rémunération (comme des commissions) sur la vente de ce produit;
- que je pourrais également recevoir une rémunération complémentaire sous forme de bonis, de congrès ou d'autres incitatifs;
- tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction.

X

\_\_\_\_\_  
Signature du conseiller

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mmm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nom du conseiller (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Code du conseiller

\_\_\_\_\_  
Code de l'AGP