

## DEMANDE DE TRANSFORMATION D'UNE ASSURANCE TEMPORAIRE

## INSTRUCTIONS À L'INTENTION DU CONSEILLER

Utilisez cette formule pour demander un produit permanent admissible de BMO Société d'assurance-vie. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter la version courante du logiciel d'illustration LA VAGUE et les Lignes directrices en matière de transformation [\(812F\)](#). Veuillez soumettre une demande de transformation distincte pour chaque police / avenant.

| EXIGENCES PAR PRODUIT   | PRODUIT                   |   |   |                      |                                   |
|---|---------------------------|---|---|----------------------|-----------------------------------|
|   | Assurance vie universelle | Assurance vie entière avec option de paiement additionnel | Assurance vie entière sans option de paiement additionnel | Temporaire à 100 ans | Assurance contre la maladie grave |
| Demande de transformation <a href="#">(639F)</a>  | ✓                         | ✓   | ✓   | ✓                    | ✓                                 |
| Version courante du logiciel d'illustration La Vague  | ✓                         | ✓   | ✓   | ✓                    | ✓                                 |
| Prime initiale<br>(Consultez la section E, Renseignements sur les paiements)  | ✓                         | ✓   | ✓   | ✓                    | ✓                                 |
| Formulaire de vérification d'identité et de détermination de tierce partie <a href="#">(576F)</a>                       | ✓                         | ✓   |   |                      |                                   |
| Questionnaire pour les personnes politiquement vulnérables <a href="#">(420F)</a> pour les dépôts de plus de 100 000 \$ | ✓                         | ✓   |   |                      |                                   |

## EXIGENCES SUPPLÉMENTAIRES SI LE TITULAIRE EST UNE SOCIÉTÉ PAR ACTIONS, UNE FIDUCIE OU UNE AUTRE ENTITÉ :

|  |   |   |   |  |  |
|--|---|---|---|--|--|
| Norme commune de déclaration - Accord pour un meilleur échange de renseignements fiscaux - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt pour les entités (parties XVIII et XIX de la Loi de l'impôt sur le revenu; <a href="#">RC519</a> ) | ✓ | ✓ | ✓ |  |  |
|--|---|---|---|--|--|

## Section A - Renseignements sur le titulaire actuel de la police

|   |  |                  |  |  |  |
|---|--|------------------|--|--|--|
| Numéro de la police   |  |                  |  |  |  |
| Titulaire de la police 1 - Nom (prénom, initiale, nom de famille)   |  |                  |  |  | Date de naissance (jj/mmm/aaaa)            |
| Adresse (rue, app. / unité)   |  |                  | Ville                                      | Province                                   | Code Postal                                |
| Adresse courriel  |  |                  | Numéro de téléphone mobile (à privilégier) | Numéro de téléphone à domicile (optionnel) |  |
| Titulaire de la police 2 - Nom (prénom, initiale, nom de famille)   |  |                  |  |  | Date de naissance (jj/mmm/aaaa)            |
| Adresse (rue, app. / unité)   |  |                  | Ville                                      | Province                                   | Code Postal                                |
| Adresse courriel  |  |                  | Numéro de téléphone mobile (à privilégier) | Numéro de téléphone à domicile (optionnel) |  |
| Si le titulaire est une société, une fiducie ou une autre entité - Nom et appellation commerciale (s'il y a lieu) |  |                  | Adresse (rue, app. / unité)                |  |  |
| Nom de la personne-ressource  |  | Adresse courriel |  | Numéro de téléphone mobile (à privilégier) | Numéro de téléphone au travail (optionnel) |

## Section B – Renseignements sur la police existante

|   |   |  |                |
|---|---|--|----------------|
| Nom de la personne assurée 1 (prénom, initiale, nom de famille)   | Nom de la police / de l'avenant à transformer |  | Capital assuré |
| Adresse courriel  | Numéro de téléphone mobile (à privilégier)    | Numéro de téléphone à domicile (optionnel) |                |
| Nom de la personne assurée 2 (prénom, initiale, nom de famille)   | Nom du régime / de l'avenant à transformer    |  | Capital assuré |
| Adresse courriel  | Numéro de téléphone mobile (à privilégier)    | Numéro de téléphone à domicile (optionnel) |                |
| <input type="checkbox"/> Transformation complète<br><input type="checkbox"/> Transformation partielle – Montant à convertir : _____ \$<br>Montant non converti : <input type="checkbox"/> Maintenir la couverture sur le solde restant (sous réserve des minimums prévus par le régime)<br><input type="checkbox"/> Réduire le solde restant jusqu'à _____ \$ (sous réserve des minimums prévus par le régime)<br><input type="checkbox"/> Annuler le solde restant |   |  |                |
| <b>Avenants ou prestations existants</b> (L'ajout d'avenants ou de prestations peut être assujetti à l'approbation. Reportez-vous à la disposition relative au droit de transformation du contrat de police d'assurance.)   |   |  |                |
| <input type="checkbox"/> Assurance décès par accident   | <input type="checkbox"/> Annuler              | <input type="checkbox"/> Transformer       |                |
| <input type="checkbox"/> Exonération des primes   | <input type="checkbox"/> Annuler              | <input type="checkbox"/> Transformer       |                |
| <input type="checkbox"/> Avenant d'assurance temporaire pour les enfants  | <input type="checkbox"/> Annuler              | <input type="checkbox"/> Transformer       |                |
| <input type="checkbox"/> Assurance contre la maladie grave  | <input type="checkbox"/> Annuler              | <input type="checkbox"/> Transformer       |                |

## Section C – Renseignements sur la nouvelle police

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Gamme Dimension Prospérité</b><br>Coût d'assurance : <input type="checkbox"/> Temporaire renouvelable Annuellement <input type="checkbox"/> Nivelé <input type="checkbox"/> Autre : _____<br>Option de prestation de décès : <input type="checkbox"/> Capital <input type="checkbox"/> Capital assuré plus la valeur du fonds           |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Régime d'assurance vie entière de BMO Assurance</b><br><input type="checkbox"/> Vie entière Protection Patrimoine <input type="checkbox"/> Vie entière Prospérité Accélérée<br><input type="checkbox"/> Option de Paiement additionnel : Prime Prévue : _____ \$  |  |  |  |
| <b>Options de paiement de prime :</b> <input type="checkbox"/> 10 primes <input type="checkbox"/> 20 primes <input type="checkbox"/> Primes jusqu'à l'âge de 100 ans (« à vie »)  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Temporaire à 100 ans</b>  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Assurance contre la maladie grave</b> – (uniquement offert pour une transformation d'une police/avenant de prestation du vivant à 10 ans et 20 ans)<br><input type="checkbox"/> Prestation du vivant à 75 ans <input type="checkbox"/> Prestation du vivant à 100 ans <input type="checkbox"/> Prestation du vivant à 100 ans 15 primes |  |  |  |
| <b>Options d'avenant</b><br><input type="checkbox"/> Remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration <input type="checkbox"/> Remboursement des primes au décès   |  |  |  |

## Section D – Déclaration fiscale réglementaire (autocertification en vertu de la FATCA et de la NCD pour les titulaires particuliers [qui ne sont pas une entité] dont la proposition vise une assurance vie universelle ou le Régime d'assurance vie entière de BMO Assurance)

### Titulaire de la nouvelle police 1

|   |                              |  |   |   |   |   |   |  |
|---|------------------------------|--|---|---|---|---|---|--|
| Numéro d'assurance sociale (NAS)  | —                            | —  | — | — | — | — | — |  |
| Aux fins de l'impôt, êtes-vous un résident ou un citoyen des États-Unis? (FATCA)                  | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui – Numéro d'identification fiscale (TIN) |   |   |   |   |   |  |
| Aux fins de l'impôt, êtes-vous un résident d'un pays autre que le Canada ou les États-Unis? (NCD) | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui – Numéro d'identification fiscale (TIN) |   |   |   |   |   |  |
| Pays _____  |                              |  |   |   |   |   |   |  |

### Titulaire de la nouvelle police 2 (le cas échéant)

|   |                              |  |   |   |   |   |   |  |
|---|------------------------------|--|---|---|---|---|---|--|
| Numéro d'assurance sociale (NAS)  | —                            | —  | — | — | — | — | — |  |
| Aux fins de l'impôt, êtes-vous un résident ou un citoyen des États-Unis? (FATCA)                  | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui – Numéro d'identification fiscale (TIN) |   |   |   |   |   |  |
| Aux fins de l'impôt, êtes-vous un résident d'un pays autre que le Canada ou les États-Unis? (NCD) | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui – Numéro d'identification fiscale (TIN) |   |   |   |   |   |  |
| Pays _____  |                              |  |   |   |   |   |   |  |

## Section E – Renseignements sur les paiements

**Le paiement initial de \$ sera effectué de la façon suivant (sélectionnez un mode de paiement) :**

Paiement en ligne – **Prime annuelle seulement**

Ouvrez une session dans l'application ou sur le site de services bancaires en ligne de votre institution financière où vous payez habituellement vos factures.

Ajoutez : Nom du bénéficiaire : Numéro de compte de BMO SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE : 811 (plus votre numéro de police de BMO) **Remarque** : Les chiffres 811 doivent obligatoirement être entrés devant votre numéro de police. Si vous souhaitez effectuer des paiements au titre de plusieurs polices, vous devez entrer un numéro de compte distinct pour chaque police de BMO. Si vous avez besoin d'aide pour configurer le paiement en ligne, veuillez communiquer avec votre banque.

Prélèvements automatiques annuels (remplissez le formulaire de paiement [950F](#))

Prélèvements automatiques mensuels (remplissez le formulaire de paiement [950F](#))

Chèque

Carte de crédit – **Paiement de la première prime annuelle seulement**, jusqu'à concurrence de 100 000 \$ (remplissez le formulaire de paiement [950F](#))

**Les paiements suivants seront faits par (sélectionnez un mode de paiement)**

Prélèvements automatiques mensuels

Paiement annuel

**Section F – Source du paiement** (à remplir obligatoirement pour toute police d'assurance vie universelle ou d'assurance vie entière de BMO Assurance avec option de paiement additionnel)

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  Don  Prêt  Gains à la loterie

Gains d'un procès ou d'un recours judiciaire  Autre

## Section G – Instructions particulières

## Section H – Signatures

- Je/nous, soussigné(s), c'est-à-dire toutes les personnes ayant un droit quelconque à l'égard de ladite police originale, accepte/acceptons et conviens/convenons par la présente que cette demande, de même que toute modification, tout supplément ou toute déclaration contenue dans la demande de ladite police originale, ou tout autre document soumis à la Société à l'appui de cette demande, est effectuée en vue d'émettre la nouvelle police ou un avenant en réponse à cette demande; et que, compte tenu d'une telle émission ou d'un tel avenant, je/nous, par la présente, consens/consentons à libérer à jamais ladite Société de toute responsabilité, réclamation ou demande en vertu de ladite police originale remplacée par la nouvelle police, ou de la police originale approuvée, le cas échéant.
- S'il existe deux titulaires pour la même police, les deux doivent signer.
- Si le titulaire est une société, une fiducie ou une autre entité, la signature et le titre du ou des signataires autorisés sont requis.

| Province de signature | Date (JJ/MMM/AAAA) | Signature  | Nom en caractères d'imprimerie |
|-----------------------|--------------------|--|--------------------------------|
|                       |                    | <b>Titulaire de la police 1 et titre (s'il y a lieu)</b><br><br><b>X</b> |                                |
|                       |                    | <b>Titulaire de la police 2 et titre (s'il y a lieu)</b><br><br><b>X</b> |                                |
|                       |                    | <b>Cessionnaire et titre (le cas échéant)</b><br><br><b>X</b>            |                                |
|                       |                    | <b>Bénéficiaire irrévocable (le cas échéant)</b><br><br><b>X</b>         |                                |

## Section I – Renseignements sur le conseiller / signature du conseiller

| Province de signature | Date (JJ/MMM/AAAA) | Nom et signature du conseiller   | Code du conseiller | Répartition en pourcentage | Nom et code de l'agence générale |
|-----------------------|--------------------|--|--------------------|----------------------------|----------------------------------|
|                       |                    | <b>Nom du conseiller de service (en caractères d'imprimerie)</b><br><br><b>X</b><br><b>Signature</b> |                    |                            |                                  |
|                       |                    | <b>Nom du conseiller (en caractères d'imprimerie)</b><br><br><b>X</b><br><b>Signature</b>            |                    |                            |                                  |
|                       |                    | <b>Nom du conseiller (en caractères d'imprimerie)</b><br><br><b>X</b><br><b>Signature</b>            |                    |                            |                                  |