

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 (639F)	✓	✓	✓	✓	✓
Version courante du logiciel d'illustration La Vague	✓	✓	✓	✓	✓ * Pour les contrats en vigueur avant le 7 février 2022, envoyez un courriel à l'adresse Assurance.NouvelleAffaires@bmo.com pour demander une illustration.
Prime initiale (Consultez la section E, Renseignements sur les paiements)	✓	✓	✓	✓	✓
Formulaire de vérification d'identité et de détermination de tierce partie (576F)	✓	✓			
Questionnaire pour les personnes politiquement vulnérables (420F) 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; RCS19)	✓	✓	✓		
--	---	---	---	--	--

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)

☐ Transformation complète

☐ Transformation partielle — Montant à convertir : _____ \$

Montant non converti : ☐ Maintenir la couverture sur le solde restant (sous réserve des minimums prévus par le régime)

☐ Réduire le solde restant jusqu'à _____ \$ (sous réserve des minimums prévus par le régime)

☐ Annuler le solde restant

Avenants ou prestations existants (L'ajout d'avenants ou de prestations peut être assujéti 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

☐ **Gamme Dimension Prospérité**

Coût d'assurance : ☐ Temporaire renouvelable Annuellement ☐ Nivelé ☐ Autre : _____

Option de prestation de décès : ☐ Capital ☐ Capital assuré plus la valeur du fonds

☐ **Régime d'assurance vie entière de BMO Assurance**

☐ Vie entière Protection Patrimoine ☐ Vie entière Prospérité Accélérée

☐ Option de Paiement additionnel : Prime Prévue : _____ \$

Options de paiement de prime : ☐ 10 primes ☐ 20 primes ☐ Primes jusqu'à l'âge de 100 ans (« à vie »)

☐ **Temporaire à 100 ans**

☐ **Assurance contre la maladie grave** — (uniquement offert pour une transformation d'une police/avenant de prestation du vivant à 10 ans et 20 ans)

☐ Prestation du vivant à 75 ans ☐ Prestation du vivant à 100 ans ☐ Prestation du vivant à 100 ans 15 primes

Options d'avenant

☐ Remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration ☐ 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 _____											

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](#))

<input type="checkbox"/> Revenu d'un travail autonome	<input type="checkbox"/> Revenu d'emploi	<input type="checkbox"/> Revenu de retraite / pension	<input type="checkbox"/> Subventions / bourses d'études
<input type="checkbox"/> Indemnités d'assurance	<input type="checkbox"/> Revenu d'entreprise	<input type="checkbox"/> Revenu de placement / d'épargne	<input type="checkbox"/> Vente d'actifs
<input type="checkbox"/> Fiducie / héritage	<input type="checkbox"/> Don	<input type="checkbox"/> Prêt	<input type="checkbox"/> Gains à la loterie
<input type="checkbox"/> Gains d'un procès ou d'un recours judiciaire	<input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/>		

This image shows a completely blank white rectangular area enclosed within a thin black border. There are no markings, text, or illustrations present on the page.

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
		Titulaire de la police 1 et titre (s'il y a lieu) X	
		Titulaire de la police 2 et titre (s'il y a lieu) X	
		Cessionnaire et titre (le cas échéant) X	
		Bénéficiaire irrévocable (le cas échéant) X	

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
		Nom du conseiller de service (en caractères d'imprimerie) X Signature			
		Nom du conseiller (en caractères d'imprimerie) X Signature			
		Nom du conseiller (en caractères d'imprimerie) X Signature			