

FORMULE DE CHANGEMENT DE PROPRIÉTÉ DE LA POLICE

Instructions :

Utilisez cette formule pour transférer la propriété d'une police. Celle-ci doit être remplie par les titulaires actuels et les nouveaux titulaires.

Exigences en matière de Lutte contre le blanchiment d'argent (LBA) pour les polices d'assurances vie universelle, les rentes immédiates à prime unique (fonds non enregistrés) et l'assurance vie entière de BMO avec option de paiement additionnelle :

- Vérification de l'identité et détermination de tierce partie - Recyclage des produits de la criminalité [formulaire 576F](#);
- Statuts constitutifs, si le nouveau titulaire de la police est une entité.

Échange automatique de renseignements relatifs à des comptes financiers concernant les assurance vie universelle, les assurance vie entière classiques et les rentes immédiates à prime unique (non enregistrées).

- Dans le cas d'une personne : Déclaration de résidence aux fins de l'impôt pour les particuliers – Parties XVIII et XIX de la Loi de l'impôt sur le revenu [formulaire RC518](#);
- Dans le cas d'une entité : Déclaration de résidence aux fins de l'impôt pour les entités – Parties XVIII et XIX de la Loi de l'impôt sur le revenu [formulaire RC519](#).

REMARQUE : Le fait de modifier la propriété de la présente police révoque automatiquement toutes les désignations de bénéficiaires précédentes (à l'exception des bénéficiaires irrévocables et privilégiés). Le nouveau titulaire de la police doit remplir la Demande de modification de désignation de bénéficiaire – Assurance vie ([formulaire 625F](#)). Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les prestations seront versées au nouveau titulaire ou à sa succession.

Numéro de(s) police(s)

Section A – Renseignements sur le(s) titulaire actuel de la police et le(s) assuré(s)

Nom du titulaire actuel de la police	Date de naissance (le cas échéant) (jj/mmm/aaaa)
Nom du titulaire actuel de la police	Date de naissance (le cas échéant) (jj/mmm/aaaa)
Nom de l'assuré(e) (si différent du titulaire actuel)	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)
Nom de l'assuré(e) (si différent du titulaire actuel)	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)

Section B – Renseignements sur le(s) nouveau(x) propriétaire(s)

Le nouveau titulaire est une: Personne Société par actions, fiducie ou autre entité

Lien avec le titulaire actuel	Lien avec la personne assurée
-------------------------------	-------------------------------

Veillez fournir les renseignements relatifs à chacun des titulaires dans les sections distinctes ci-dessous; toutes les communications à venir seront envoyées à l'adresse du titulaire principal. Si l'adresse postale est différente, veuillez remplir la section prévue à cet effet.

Titulaire Principal

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)
Lieu de naissance <input type="checkbox"/> Canada (province) _____ <input type="checkbox"/> États-Unis (État) _____	NAS (aux fins de déclaration de revenus)	
<input type="checkbox"/> Autre (pays) _____		
Type de document (pièce d'identité avec photo)	#du Document	Lieu d'établissement
		Date d'expiration (jj/mmm/aaaa)
Société par actions/ fiducie/ nom de l'entité		Numéro d'entreprise
Adresse (Rue, App., R.R.)	Ville	Province Code Postal
Numéro de téléphone à privilégier	Adresse courriel - En fournissant mon adresse courriel, je consens à recevoir par voie électronique les documents et les renseignements concernant cette proposition.	
Adresse postale (si différente de l'adresse ci-dessus)	Ville	Province Code Postal

Co-proprétaire(s)

Prénom		Nom de famille		Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	
Lieu de naissance <input type="checkbox"/> Canada (province) _____ <input type="checkbox"/> États-Unis (État) _____			NAS (aux fins de déclaration de revenus)		
<input type="checkbox"/> Autre (pays) _____					
Type de document (pièce d'identité avec photo)	#du Document	Lieu d'établissement		Date d'expiration (jj/mmm/aaaa)	
Société par actions/ fiducie/ nom de l'entité				Numéro d'entreprise	
Adresse (Rue, App., R.R.)		Ville		Province Code Postal	
Numéro de téléphone à privilégier		Adresse courriel – En fournissant mon adresse courriel, je consens à recevoir par voie électronique les documents et les renseignements concernant cette proposition.			

Co-proprétaire(s)

Prénom		Nom de famille		Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	
Lieu de naissance <input type="checkbox"/> Canada (province) _____ <input type="checkbox"/> États-Unis (État) _____			NAS (aux fins de déclaration de revenus)		
<input type="checkbox"/> Autre (pays) _____					
Type de document (pièce d'identité avec photo)	#du Document	Lieu d'établissement		Date d'expiration (jj/mmm/aaaa)	
Société par actions/ fiducie/ nom de l'entité				Numéro d'entreprise	
Adresse (Rue, App., R.R.)		Ville		Province Code Postal	
Numéro de téléphone à privilégier		Adresse courriel – En fournissant mon adresse courriel, je consens à recevoir par voie électronique les documents et les renseignements concernant cette proposition.			

Section C – Renseignements relatifs à l'impôt sur le revenu (pour les polices comportant une valeur de rachat)

Un transfert de propriété est une disposition aux fins de l'impôt sur le revenu et peut, par conséquent, donner lieu à des gains imposables sur la police au titulaire actuel. Veuillez indiquer le type de transfert effectuée, en cas d'incertitude quant au type de transfert effectuée (sans lien de dépendance ou avec un lien de dépendance), consultez un fiscaliste au sujet des répercussions fiscale possibles.

- Roulement (transfert entre époux ou entre les parents [grands-parents] et les enfants)
- Sans lien de dépendance (transfert entre personnes non liées)
- Avec lien de dépendance (transfert entre personnes liées)

Pour les transferts sans ou avec lien de dépendance, vous devez indiquer le prix payé.

Oui, le prix payé pour ce transfert est _____ \$ Non, aucun montant a été payé donc, 0,00 \$.

Section D – Propriétaire Subsidaire

À remplir si les droits de propriété d'un titulaire décédé doivent être transmis à la personne dont le nom figure ci-dessous. Si aucun titulaire successeur n'est nommé, les droits du titulaire décédé seront transmis à la succession du titulaire.

Lien avec le titulaire nouveau		Lien avec la personne assurée	
Prénom		Nom de famille	
Numéro de téléphone à privilégier		Adresse courriel – En fournissant mon adresse courriel, je consens à recevoir par voie électronique les documents et les renseignements concernant cette proposition.	

Section E – Avis, Déclarations et Signatures

Avis Important : Pour en savoir plus sur la façon dont nous recueillons, utilisons, divulguons et protégeons vos renseignements personnels, ainsi que sur vos choix et vos droits, veuillez consulter notre Code de confidentialité (accessible sur le site bmo.com/confidentialite). BMO Assurance a demandé des renseignements personnels à l'égard de votre demande de transfert de propriété. BMO Assurance utilisera ces renseignements et les renseignements dans ses dossiers existants pour évaluer le risque, traiter votre proposition, administrer toute police, le cas échéant, et enquêter sur les demandes de règlement. BMO Assurance utilisera et recueillera également des renseignements supplémentaires auprès de tiers pour évaluer les demandes de règlement et enquêter sur celles-ci. BMO Assurance conservera vos renseignements dans un dossier dans ses bureaux et ne les divulguera pas, sauf aux employés de BMO Assurance, aux conseillers en assurance, aux sociétés affiliées, aux administrateurs ou aux réassureurs de BMO Assurance qui ont besoin de les consulter pour évaluer le risque et enquêter sur les demandes de règlement. À l'occasion, BMO Assurance pourrait vouloir vous offrir des mises à niveau de votre protection ainsi que des produits et services supplémentaires. Vous pouvez nous demander de ne pas vous faire ces offres en écrivant à notre responsable de la confidentialité à l'adresse ci-dessous. Vous pouvez également demander, sur présentation d'une pièce d'identité et d'une preuve d'admissibilité appropriées, de passer en revue et, s'il y a lieu, de corriger les renseignements personnels que nous détenons en écrivant au Responsable de la confidentialité, BMO Assurance, 9-250 rue Yonge, Toronto, ON M5B 2L7.

Déclarations :

- J'ai atteint l'âge de la majorité;
- J'ai le pouvoir d'engager la société;
- BMO Assurance n'assume aucune responsabilité quant à l'exactitude ou à la validité des renseignements indiqués dans le présent formulaire;
- Ce formulaire ne constitue pas un document d'acceptance indiquant que le ou les numéros de police ci-dessus sont en vigueur.

En signant ci-dessous, je confirme comprendre et accepter les énoncés ci-dessus et consentir à ce que mes renseignements personnels soient recueillis, utilisés et communiqués de la façon décrite.

Province de signature	Date (JJ/MMM/AAAA)	Signature	Nom en caractères d'imprimerie
		L'assuré(e) (seulement applicable à la province de Québec. Si moins de 18ans, le parent/tuteur doit signer) X	
		L'assuré(e) (seulement applicable à la province de Québec. Si moins de 18ans, le parent/tuteur doit signer) X	
		Actuel titulaire et titre (le cas échéant) X	
		Actuel titulaire et titre (le cas échéant) X	
		Bénéficiaire irrévocable/privilegié X	
		La cessionnaire et titre (le cas échéant) X	
		Nouveau titulaire et titre (le cas échéant) X	
		Nouveau titulaire et titre (le cas échéant) X	
		Courtier et code X	