

Demande de transformation

La présente demande doit être utilisée pour les transformations intégrales ou partielles seulement.

Pour une demande de transformation avec augmentation du capital assuré ou changement de la catégorie de risque (par exemple, fumeur à non-fumeur), veuillez utiliser le formulaire

Demande de modification de police (LP386FR).

Avis de divulgation

Merci de continuer à faire affaire avec *ivari*.

Avant de soumettre la présente demande de transformation de votre police, veuillez lire attentivement chacun des avis figurant sur cette page ainsi que toutes les autres pages du présent formulaire. Sur réception de la présente demande, nous évaluerons l'admissibilité de chaque personne assurée en fonction de l'assurance demandée, en nous basant sur les renseignements qui y sont fournis, sur toute déclaration y afférente, et sur les renseignements soumis antérieurement par vous relativement à l'assurance que vous détenez ou avez détenue auprès de *ivari*. Les facteurs dont nous tenons compte dans l'évaluation des risques relativement à une demande de transformation d'une police incluent, sans s'y limiter, les renseignements relatifs à l'usage du tabac par l'assuré. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec votre conseiller en assurance indépendant ou à nous écrire à : **Services aux clients, ivari, 500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8.**

AVIS RELATIF À LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

ivari recueille, utilise et divulgue vos renseignements personnels. Elle recueille en outre des renseignements sur vous au moyen de la présente demande et de tous formulaires et questionnaires supplémentaires et à partir des **sources externes** suivantes :

Les conseillers en assurance indépendants, y compris la section Rapport du conseiller en assurance indépendant de votre demande.

Les renseignements recueillis auprès des sources précitées sont utilisés dans les **buts suivants** :

L'évaluation de votre demande d'assurance, la prestation de services à l'égard de votre police, la conduite d'enquêtes et l'analyse de toute demande de règlement. Vos renseignements personnels pourraient être communiqués à votre conseiller en assurance indépendant et aux agences générales déléguées, aux distributeurs et aux intermédiaires de marché et à leurs employés auxquels votre conseiller est associé, aux fins déterminées ci-dessus.

Vos renseignements bancaires pourraient être divulgués aux institutions financières responsables du traitement de vos débits préautorisés. Le cas échéant, vos renseignements personnels pourraient être communiqués à vos bénéficiaires relativement à une demande de règlement.

Vos renseignements personnels pourraient être, en toute sécurité, utilisés, consignés et consultés dans d'autres pays et être assujettis à leurs lois. Par exemple, les renseignements pourraient être divulgués en réponse à des demandes des gouvernements, des tribunaux ou des autorités chargés de l'application des lois de ces pays.

Nous pouvons communiquer avec vous concernant d'autres produits et services d'assurance. Si nous faisons appel à un fournisseur de services de marketing pour communiquer avec vous, nous ne lui communiquons que votre nom, vos coordonnées et votre couverture d'assurance actuelle. Nous ne divulguons aucun renseignement d'ordre médical ou financier. *ivari* exige que des mesures soient prises par ses fournisseurs de services pour préserver la confidentialité des renseignements personnels en conformité avec ses pratiques en matière de protection de la vie privée et de sécurité et avec les lois applicables.

En signant et en soumettant la présente demande en votre nom et/ou au nom de toute personne mineure, vous accordez votre consentement à la collecte, à la divulgation et à l'utilisation de vos renseignements personnels et/ou de ceux de la personne mineure, comme il est décrit plus haut et ailleurs dans la présente demande.

Sur réception de votre demande, *ivari* ajoutera vos renseignements personnels à votre dossier existant, auquel on pourra accéder à partir de son siège social. Votre dossier ne sera accessible qu'aux employés et représentants autorisés d'*ivari* responsables de l'administration de votre dossier, et qu'aux autres personnes autorisées par vous ou par la loi. Sous réserve des exceptions prévues par les lois applicables, vous pouvez accéder à votre dossier et demander des rectifications à vos renseignements personnels en soumettant une demande écrite au : Responsable de la protection des renseignements personnels, *ivari*, 500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8. Vos renseignements personnels seront recueillis, utilisés, divulgués, communiqués et traités selon ce qui est décrit dans les présentes, ou comme il est décrit au moment ou avant de recueillir, d'utiliser ou de divulguer ces renseignements, ou d'une autre façon permise par la loi. Pour passer en revue notre politique sur la protection de la vie privée, visitez notre site à www.ivari.ca.

Nous avons élaboré des procédures pour protéger vos renseignements personnels. Toutefois, en cas d'accès, de divulgation ou d'utilisation non autorisés, vous pourriez faire face aux risques suivants : vol d'identité, détérioration de votre cote de crédit, perte financière, embarras ou atteinte à votre réputation. Si nous estimons que vous êtes exposé à un risque réel de préjudice grave, nous veillerons à ce que notre Bureau de la protection de la vie privée vous en informe et vous suggère des mesures pour vous en prémunir.

DIVULGATION DE RÉMUNÉRATION

Le produit d'assurance qui vous est offert est un produit d'*ivari*, une société autorisée à exercer ses activités dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. Le conseiller en assurance indépendant ou le distributeur sollicitant la proposition d'assurance est dûment autorisé à offrir des produits d'assurance. En tant que représentant d'*ivari*, il sera rémunéré par nous, une fois l'opération effectuée. Le fait de soumettre cette demande ne vous oblige pas à traiter d'autres affaires avec *ivari*, le conseiller, le distributeur ou toute autre personne ou entité.

Demande de transformation

Numéro de la police actuelle : _____ Numéro de la nouvelle police : _____

Transformation intégrale

Transformation partielle

S'IL S'AGIT D'UNE DEMANDE DE TRANSFORMATION AVEC CHANGEMENT DE CATÉGORIE DE RISQUE OU AUGMENTATION DU CAPITAL ASSURÉ, VEUILLEZ UTILISER LE FORMULAIRE DEMANDE DE MODIFICATION DE POLICE (LP386FR).

Nota : La date d'entrée en vigueur de la transformation sera la date d'anniversaire mensuel de la police la plus proche de la date de la demande.

PRINCIPAL OBJET DE L'ASSURANCE : **OBLIGATOIRE POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE**

Convention de rachat

Assurance de la personne-clé

Planification de la retraite

Assurance maladies graves

Planification successorale

Assurance vie

Partenariat

Autre _____

1 Personne assurée actuelle 1 **EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

M. M^{me} M^{lle} Autre _____

Prénom

Initiale du second prénom

Nom de famille

OBLIGATOIRE POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE

Document d'identification†	Numéro du document d'identification†	Date d'expiration du document (MM/AAAA)	Autorité émettrice et pays
----------------------------	--------------------------------------	---	----------------------------

† Veuillez exiger l'original d'une pièce d'identité valide avec photo émise par le gouvernement : passeport, carte santé provinciale (sauf de l'Alberta, de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario et du Manitoba), permis de conduire ou carte de majorité.

2 Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) _____

Profession : _____ Secteur d'activité* : _____

Âge actuel : _____ N.A.S. : _____ – – _____
(Ne fournir que si vous êtes le propriétaire et qu'il s'agit d'une demande d'assurance vie universelle)

*Pour la liste des secteurs d'activités valables, visitez <https://ivari.ca/fr/outils-et-ressources/administration/> et effectuez une recherche du formulaire IP-LP1971FR.

3 Adresse actuelle (numéro et rue)

_____ App. ou bur. : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone – domicile : _____ Cellulaire : _____ Téléphone – bureau : _____

4 Personne assurée actuelle 2 **EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

M. M^{me} M^{lle} Autre _____

Prénom

Initiale du second prénom

Nom de famille

OBLIGATOIRE POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE

Document d'identification†	Numéro du document d'identification†	Date d'expiration du document (MM/AAAA)	Autorité émettrice et pays
----------------------------	--------------------------------------	---	----------------------------

† Veuillez exiger l'original d'une pièce d'identité valide avec photo émise par le gouvernement : passeport, carte santé provinciale (sauf de l'Alberta, de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario et du Manitoba), permis de conduire ou carte de majorité.

5 Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) _____

Profession : _____ Secteur d'activité* : _____

Âge actuel : _____ N.A.S. : _____ – – _____
(Ne fournir que si vous êtes le propriétaire et qu'il s'agit d'une demande d'assurance vie universelle)

*Pour la liste des secteurs d'activités valables, visitez <https://ivari.ca/fr/outils-et-ressources/administration/> et effectuez une recherche du formulaire IP-LP1971FR.

6 Adresse actuelle (numéro et rue)

_____ App. ou bur. : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone – domicile : _____ Cellulaire : _____ Téléphone – bureau : _____

Nota : S'il s'agit de la transformation d'un avenant d'assurance d'enfants, l'enfant dont la couverture fait l'objet de la transformation est automatiquement le propriétaire, à moins d'indication contraire à la section « Propriétaire » de la présente demande. Le bénéficiaire est le bénéficiaire actuel à moins que le formulaire Changement de bénéficiaire (PS367FR) ne soit soumis.

Demande de transformation

7 Propriétaire **LE CONSEILLER DOIT VÉRIFIER L'IDENTITÉ DE TOUS LES PROPRIÉTAIRES**

Le ou les propriétaires doivent signer la Déclaration à la page 6.

Nota : Pour désigner un bénéficiaire ou modifier une désignation de bénéficiaire en vigueur, veuillez remplir le formulaire *Changement de bénéficiaire (PS367FR)*.

Pour changer le propriétaire, veuillez remplir le formulaire *Avis de transfert de propriété (PS371FR)*.

a) Sélectionnez le ou les propriétaires parmi les options suivantes :

Personne assurée 1 – Ne remplir la section 7 b) que s'il s'agit d'assurance vie universelle.

Personne assurée 2 – Ne remplir la section 7 b) que s'il s'agit d'assurance vie universelle.

Propriétaires indiqués ci-dessous :

- Particulier(s) autre(s) que la ou les personnes assurées – Remplir la section sur le propriétaire ci-dessous et la section 7 b) s'il s'agit d'assurance vie universelle.
- Personne morale, entité non constituée en personne morale ou fiducie – Remplir la section sur le propriétaire ci-dessous et, s'il s'agit d'assurance vie universelle, le formulaire *Identification de la personne morale, de l'entité non constituée en personne morale ou de la fiducie propriétaire de la police (IP-LP1747FR)*.

PROPRIÉTAIRE ACTUEL 1 Nom légal (prénom, initiale du second prénom, nom de famille et(ou) dénomination sociale de la personne morale ou de l'entité)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Lien avec la personne assurée	NAS (Ne fournir que si vous soumettez une demande d'assurance vie universelle)	
Profession		Secteur d'activité*	
Adresse actuelle (numéro et rue)			App./Bur.
Ville		Province	Code postal
Téléphone – domicile		Cellulaire	Téléphone – bureau
Document d'identification ¹	Numéro du document d'identification ¹	Date d'expiration du document (MM/AAAA)	Autorité émettrice et pays

¹ **Veuillez exiger l'original d'une pièce d'identité valide avec photo émise par le gouvernement : passeport, carte santé provinciale (sauf de l'Alberta, de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario et du Manitoba), permis de conduire ou carte de majorité.**

*Pour la liste des secteurs d'activités valables, visitez <https://ivari.ca/fr/outils-et-ressources/administration/> et effectuez une recherche du formulaire IP-LP1971FR.

Le propriétaire est-il un citoyen canadien ou un résident permanent (immigrant admis)? Oui Non

Dans **la négative**, veuillez fournir des détails sur le statut : _____

PROPRIÉTAIRE ACTUEL 2 Nom légal (prénom, initiale du second prénom, nom de famille et(ou) dénomination sociale de la personne morale ou de l'entité)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Lien avec la personne assurée	NAS (Ne fournir que si vous soumettez une demande d'assurance vie universelle)	
Profession		Secteur d'activité*	
Adresse actuelle (numéro et rue)			App./Bur.
Ville		Province	Code postal
Téléphone – domicile		Cellulaire	Téléphone – bureau
Document d'identification ¹	Numéro du document d'identification ¹	Date d'expiration du document (MM/AAAA)	Autorité émettrice et pays

¹ **Veuillez exiger l'original d'une pièce d'identité valide avec photo émise par le gouvernement : passeport, carte santé provinciale (sauf de l'Alberta, de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario et du Manitoba), permis de conduire ou carte de majorité.**

*Pour la liste des secteurs d'activités valables, visitez <https://ivari.ca/fr/outils-et-ressources/administration/> et effectuez une recherche du formulaire IP-LP1971FR.

Le propriétaire est-il un citoyen canadien ou un résident permanent (immigrant admis)? Oui Non

Dans **la négative**, veuillez fournir des détails sur le statut : _____

b) **Déclaration de résidence aux fins de l'impôt**

- Instructions :**
- À remplir par le ou les propriétaires de police s'il s'agit d'assurance vie universelle.
 - Si la personne assurée est aussi propriétaire de la police, on considérera que la personne assurée 1 est le propriétaire 1 et que la personne assurée 2 est le propriétaire 2 dans le tableau ci-dessous.

OBLIGATOIRE POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE				
Déclaration de résidence aux fins de l'impôt			PROPRIÉTAIRE 1	PROPRIÉTAIRE 2
Veuillez cocher « Oui » ou « Non » aux trois énoncés suivants. Selon votre situation, il se peut que vous cochiez « Oui » à plus d'un énoncé.			OUI	NON
a) Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.				
b) Je suis résident ou un citoyen des États-Unis aux fins de l'impôt. Veuillez fournir votre numéro d'identification fiscale (NIF) des États-Unis : Propriétaire 1 _____ Propriétaire 2 _____ Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous fait la demande?				
c) Je suis résident d'un pays autre que le Canada et les États-Unis aux fins de l'impôt. Si vous cochez « Oui » à l'énoncé c), veuillez indiquer le pays de résidence aux fins de l'impôt et le NIF. Si vous n'avez pas de NIF à l'égard d'un pays donné, veuillez indiquer la raison en choisissant parmi les énoncés suivants : Raison 1: Je soumettrai/J'ai déjà soumis une demande pour l'obtention d'un NIF. Raison 2: Mon pays de résidence n'attribue pas de NIF à ses résidents. Raison 3: Autre. Veuillez préciser.				
PROPRIÉTAIRE 1	PAYS DE RÉSIDENCE AUX FINS DE L'IMPÔT	NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE (NIF)	EN L'ABSENCE DE NIF, CHOISIR RAISON 1, 2 OU 3	
PROPRIÉTAIRE 2	PAYS DE RÉSIDENCE AUX FINS DE L'IMPÔT	NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE (NIF)	EN L'ABSENCE DE NIF, CHOISIR RAISON 1, 2 OU 3	

8 Identification de personnes politiquement vulnérables ou de dirigeants d'une organisation internationale

OBLIGATOIRE POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE

Une prime et/ou une somme forfaitaire de 100 000 \$ ou plus est-elle ou sera-t-elle versée? Oui Non
 Dans **l'affirmative**, chaque propriétaire doit remplir le formulaire *Identification de personnes politiquement vulnérables ou de dirigeants d'une organisation internationale* (IP-LP1165FR) et le soumettre avec la demande.

Demande de transformation

NOTES CONCERNANT LES DÉSIGNATIONS DE BÉNÉFICIAIRE :

Pour les polices d'assurance vie et maladies graves : Le bénéficiaire de votre police actuelle est transféré à la nouvelle police, à moins que le formulaire *Changement de bénéficiaire* (PS367FR) ne soit soumis.

Pour les avenants d'assurance maladies graves faisant l'objet d'une transformation en une police d'assurance maladies graves : Si vous avez désigné un bénéficiaire particulier au titre de l'avenant d'assurance maladies graves initial, il est transféré à la nouvelle police seulement si la loi dans votre province l'autorise. À défaut, le bénéficiaire de la garantie de maladie grave et de la garantie de dépistage précoce au titre de la nouvelle police est la personne assurée. Si cette dernière est mineure, le bénéficiaire est le propriétaire ou sa succession, s'il est décédé. La garantie de remboursement des primes au décès au titre de la nouvelle police est payable au propriétaire ou à sa succession, s'il est décédé.

9 Assurance

NOTA : POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE, VEUILLEZ SOUMETTRE UNE ILLUSTRATION SIGNÉE ET LE SUPPLÉMENT À LA PROPOSITION D'ASSURANCE.

PERSONNE ASSURÉE 1

Régime actuel devant être transformé	Capital assuré/ prestation actuel(le)	Nouveau capital assuré/nouvelle prestation	Nouveau régime
Régime de base	_____ \$	_____ \$	_____
Avenant/couverture additionnelle	_____ \$	_____ \$	_____

PERSONNE ASSURÉE 2

Régime actuel devant être transformé	Capital assuré/ prestation actuel(le)	Nouveau capital assuré/nouvelle prestation	Nouveau régime
Régime de base	_____ \$	_____ \$	_____
Avenant/couverture additionnelle	_____ \$	_____ \$	_____

- a) Si le nouveau capital assuré/nouvelle prestation susmentionné(e) devant faire l'objet de la transformation est inférieur(e) au montant du capital assuré ou de la prestation actuel(le), le solde aux termes de la police actuelle doit-il être résilié?

PERSONNE ASSURÉE 1	PERSONNE ASSURÉE 2
OUI NON	OUI NON

Dans **l'affirmative**, le montant sera résilié à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle police.

Dans **la négative**, quel montant doit demeurer en vigueur aux termes de la police actuelle?

(ne peut être inférieur au montant minimum du régime)

PERSONNE ASSURÉE 1 _____ \$ **PERSONNE ASSURÉE 2** _____ \$

- b) Si vous êtes âgé de moins de 55 ans, désirez-vous transférer les avenants suivants à la nouvelle police (le cas échéant)?

Décès ou mutilation par accident (DMA)?

Exonération des primes?

Dans **l'affirmative**, êtes-vous capable d'accomplir toutes les fonctions de votre travail habituel?

(Nota : L'avenant Garantie en cas de décès par accident (GDA) ne peut être transféré.)

- c) Si vous êtes âgé de moins de 65 ans, désirez-vous transférer l'Avenant d'assurance d'enfants à la nouvelle police (le cas échéant)?

- d) Si la transformation vise un avenant d'assurance d'enfants ou une police d'assurance temporaire établie selon une catégorie de risque globale, veuillez répondre à la question suivante : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé des cigarettes, des cigarillos (des petits cigares), des cigarettes électroniques, des gros cigares traditionnels, la pipe, le chicha/narguilé (pipe à eau), mâché du tabac ou fait usage de timbres de nicotine, de gomme Nicorette, de marijuana, de hachisch (joints), de noix de bétel, de tabac sans fumée ou tout autre produit de désaccoutumance au tabac ou de tabac sous n'importe quelle autre forme?

Date du dernier usage : **PERSONNE ASSURÉE 1** _____ **PERSONNE ASSURÉE 2** _____

(JJ/MM/AAAA)

(JJ/MM/AAAA)

10 Paiement

Prime cotée : _____ \$

a) Prime/dépôt initial(e) de _____ \$ payable :

Cochez **UNE SEULE** option ci-dessous :

par chèque payable à *ivari* (joint)

ou

par prélèvement du compte bancaire actuel selon l'autorisation existante relative aux débits préautorisés (DPA)*.

b) Primes/dépôts futur(e)s payables par :

Débit préautorisé : mensuel trimestriel semestriel annuel

Utiliser le compte bancaire de la police existante Établir un nouveau compte DPA*

*Nota : Pour fournir de nouveaux renseignements bancaires, veuillez remplir et soumettre le formulaire *Débit préautorisé pour les produits d'assurance* (PS375FR), accompagné d'un chèque nul préimprimé avec le nom du payeur ou d'une lettre d'instructions de la banque.

La date de retrait correspondra à la date d'effet de la police. Si vous préférez une autre date, veuillez indiquer un jour entre le 1^{er} et le 28 seulement : _____

Pour les polices d'assurance vie universelle : au moment du règlement, si la date de retrait indiquée est postérieure à la date d'entrée en vigueur de la police, un double retrait est effectué sur le compte du client, de sorte que toutes les primes sont payées jusqu'à la date du prochain débit préautorisé.

Facturation directe : annuelle semestrielle trimestrielle

c) Pour les polices d'assurance vie universelle :

Veuillez indiquer la provenance de la prime/du dépôt : _____

d) Si le payeur **n'est pas** la personne assurée, le propriétaire ou le bénéficiaire, veuillez fournir les renseignements suivants sur la détermination de l'existence du tiers payeur :

Nom du tiers : _____

Lien de parenté du tiers avec le propriétaire : _____

Adresse du tiers : _____

Date de naissance du tiers : (JJ/MM/AAAA) _____ Profession du tiers : _____

S'il s'agit d'une personne morale, fournir son numéro d'enregistrement : _____

Lieu d'enregistrement si le tiers est une personne morale : _____

11 Consentement à recevoir des courriels – à remplir par le ou les propriétaires

La législation canadienne anti-pourriel régit l'envoi de courriels aux consommateurs. Pour s'y conformer, *ivari* est tenue d'obtenir votre consentement pour vous envoyer, par voie électronique, des messages sur vos polices, des renseignements sur ses produits, ainsi que du matériel de marketing.

En fournissant votre adresse de courriel ci-dessous, vous consentez à recevoir des courriels d'*ivari*, comme il est indiqué ci-dessus.

Courriel du propriétaire 1 : _____

Courriel du propriétaire 2 : _____

Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en communiquant avec *ivari* comme suit :

500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8.

Téléphone : 1-800-846-5970 Télécopieur : 1-877-767-0477 (ou 416-883-5520)

Déclaration

Je déclare/**Nous** déclarons avoir lu toutes les questions posées et toutes les réponses données dans la présente demande et en avoir compris le sens et l'importance. **AUTANT QUE JE SACHE/QUE NOUS SACHIONS, LES DÉCLARATIONS FAITES ET LES RÉPONSES DONNÉES DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SONT VÉRIDIQUES, COMPLÈTES ET INSCRITES CORRECTEMENT.**

CONFIRMATION ET ACCEPTATION

Je reconnais et conviens/**Nous** reconnaissons et convenons que :

- La présente demande comprend les pages i et 1 à 6, tout supplément y afférent (s'il y a lieu), et toute autre déclaration faite à son égard. Tous ces renseignements constitueront la base de toute police/couverture (« police ») établie.
- Tout renseignement obtenu par un représentant d'*ivari* ne peut engager celle-ci, à moins qu'il ne soit énoncé par écrit dans la présente demande.
- La police, la modification ou l'intercalaire établi(e) conformément à la présente demande ne prend effet que si toutes les conditions suivantes sont remplies :
 - toute prime exigée pour la transformation est versée à *ivari* du vivant de toutes les personnes assurées en vertu de la police;
 - la police, la modification ou l'intercalaire est délivré(e) au(x) propriétaire(s) du vivant de toutes les personnes assurées en vertu de la police; et
 - toutes les déclarations faites et réponses données dans la présente demande continuent d'être véridiques et complètes à la date de délivrance de la police, de la modification ou de l'intercalaire;
- Seuls le président conjointement avec un vice-président ou le secrétaire d'*ivari* ont le pouvoir d'engager celle-ci ou d'effectuer quelque changement que ce soit à la présente demande ou à toute police, toute modification ou tout intercalaire établi(e). *ivari* n'est liée par aucune promesse ni déclaration faite par toute autre personne. Aucun conseiller ni distributeur n'est autorisé à annuler ou à modifier l'une ou l'autre des conditions de la présente demande ou de toute police, toute modification ou tout intercalaire établi(e). L'acceptation de la police par le propriétaire constitue l'approbation de ses conditions et la ratification de tout ajout, tout intercalaire ou toute modification.
- Si la réponse à toute question de la présente demande est inexacte, y compris la réponse aux questions portant sur l'usage du tabac ou de la nicotine, ou s'il y a fausse déclaration sur des faits importants**

ou déclaration frauduleuse, toute police, toute modification ou tout intercalaire établi(e) à la suite de la présente demande peut être déclaré(e) nul(le) et non avenu(e).

- Toutes les primes doivent être payables à *ivari*.
- J'accuse/**Nous** accusons réception et je comprends/**nous** comprenons pleinement le contenu de la section intitulée Divulgence de rémunération, lorsqu'il y a lieu.

AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

J'ai/**Nous** avons lu et je comprends/**nous** comprenons pleinement le contenu des avis relatifs à l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels (appelés collectivement « les avis ») et je consens/**nous** consentons à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par *ivari* de mes/nos renseignements personnels aux fins déterminées dans ces avis et j'en prends/**nous** en prenons acte.

J'atteste/**Nous** attestons que les renseignements fournis dans la présente section sont véridiques et complets et m'engage/**nous** nous engageons à aviser immédiatement *ivari* de toute erreur, toute omission ou tout changement y afférent. En tant que propriétaire(s) de la police, je reconnais/**nous** reconnaissons que j'ai/**nous** avons l'obligation en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* d'aviser *ivari* de tout changement de mon/notre statut de résidence aux fins de l'impôt. Je reconnais/**Nous** reconnaissons également que les renseignements contenus dans la présente section sur ma/notre police, mon/notre contrat ou mon/notre compte peuvent être transmis à l'Agence du revenu du Canada (ARC).

Une photocopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.

Nous pouvons communiquer avec vous concernant d'autres produits et services d'assurance. Si nous faisons appel à un fournisseur de services de marketing pour communiquer avec vous, nous ne lui communiquons que votre nom, vos coordonnées et votre couverture d'assurance actuelle. Nous ne divulguons aucun renseignement d'ordre médical ou financier. *ivari* exige que des mesures soient prises par ses fournisseurs de services pour préserver la confidentialité des renseignements personnels en conformité avec ses pratiques en matière de protection de la vie privée et de sécurité et avec les lois applicables.

Si vous ne désirez pas que vos renseignements personnels soient utilisés à cette fin, veuillez cocher ici ou nous écrire à :
ivari, 500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario), M2N 7J8, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels.

Fait à (ville) _____ dans la province de _____ le _____
(JJ/MM/AAAA)

Signer ici

Signature de la **PERSONNE ASSURÉE 1**
Signature de l'un des parents ou du tuteur légal, si la personne assurée est mineure

Signer ici

Signature du **PROPRIÉTAIRE 1**, si autre que la personne assurée

Nom et titre en caractères d'imprimerie du signataire autorisé s'il s'agit d'une entité

Signer ici

Signature du bénéficiaire privilégié ou irrévocable actuel (le cas échéant)

Signer ici

Signature du cessionnaire (timbre requis si le cessionnaire est une institution financière)

Signer ici

Signature de la **PERSONNE ASSURÉE 2**
Signature de l'un des parents ou du tuteur légal, si la personne assurée est mineure

Signer ici

Signature du **PROPRIÉTAIRE 2**, si autre que la personne assurée

Nom et titre en caractères d'imprimerie du signataire autorisé s'il s'agit d'une entité

Signer ici

Témoin de la ou des signatures

Si le propriétaire est une entité, la signature, le nom et le titre des signataires autorisés, tels qu'indiqués dans les statuts, sont requis.

Rapport du conseiller en assurance indépendant **DOIT ÊTRE REMPLI DANS TOUS LES CAS**

1. La section sur la détermination de l'existence d'un tiers doit être remplie pour toutes les demandes. Il est important de déployer tout effort raisonnable pour déterminer si le propriétaire agit pour le compte d'un tiers. La **Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes** comporte des exigences en matière de vérification de l'identité de chaque assuré, qui doit reposer sur certains documents. Elle exige en outre que l'existence de tiers, le cas échéant, soit établie et documentée.

Lorsque j'ai demandé si le ou les propriétaires agissaient pour le compte d'un tiers, la personne ayant présenté la demande a répondu :

Non

Oui – Remplir et soumettre le *Formulaire d'identification et de détermination de l'existence d'un tiers* (IP-LP782FR).

Je ne parviens pas à déterminer, mais j'ai des motifs raisonnables de soupçonner l'existence d'un tiers.

Veuillez préciser (annexez une autre page si nécessaire) :

2. Avez-vous rempli la proposition en présence de toutes les personnes assurées et tous les propriétaires? Oui Non
 Dans **la négative**, veuillez donner les raisons : _____

	CONSEILLER 1	CONSEILLER 2
3. Êtes-vous la personne assurée, le propriétaire ou le bénéficiaire de la police?	Oui Non	Oui Non

4. Si vous avez un lien de parenté* avec la personne assurée, le propriétaire ou le bénéficiaire, veuillez préciser avec qui : _____

* Il peut s'agir d'un conjoint, d'un parent, d'un grand-parent, d'un frère ou d'une soeur, d'un enfant, d'un petit-enfant ou d'un beau-parent. Il peut également s'agir d'une société dans laquelle vous et/ou un membre de la famille détenez des intérêts.

5. En signant ci-dessous, je reconnais (nous reconnaissons) avoir divulgué, lorsqu'il y a lieu, les renseignements suivants au propriétaire de la police à établir dans le cadre de la présente demande :
- a) Le nom de la ou des compagnies que je représente (nous représentons).
 - b) Toute rémunération (commissions ou salaire) que je recevrai (nous recevrons).
 - c) Tout conflit d'intérêts que cette transaction pourrait engendrer.
 - d) Ma/Notre conformité au Code d'éthique professionnelle d'ivari dans tous les aspects liés à cette souscription d'assurance.
 - e) Le fait que j'ai/nous avons l'autorisation d'exercer dans la province dans laquelle cette demande a été remplie.
 - f) La nature de mes/nos relations avec la ou les compagnies représentées.
 - g) Son droit, en tant que consommateur, de demander plus d'informations.

Remarques du conseiller :

Date d'effet future : (JJ/MM/AAAA) _____ Si autorisé, âge moins élevé? Oui _____ Non _____

Nota : Une transformation d'un avenant ou d'une couverture aux termes d'une police d'assurance vie universelle sera en vigueur à la date d'anniversaire mensuel la plus proche de la date de la police. La nouvelle police ne peut être antidatée.

Courriel du conseiller : _____

Je déclare/Nous déclarons par les présentes qu'autant que je sache/nous sachions, les déclarations faites et les réponses données dans la présente demande sont véridiques, complètes et inscrites correctement et que je ne suis pas/nous ne sommes pas au courant d'informations supplémentaires essentielles à la demande de la personne assurée, sauf tel que précisé dans les remarques du conseiller. J'atteste/Nous attestons avoir vérifié, le cas échéant, l'identité des personnes ayant présenté la demande en me/nous reportant à des documents originaux valides. Je confirme/Nous confirmons que les renseignements figurant dans les présentes ont été transcrits correctement desdits documents. Je déclare/Nous déclarons avoir pris des mesures raisonnables pour déterminer si le ou les propriétaires agissent pour le compte d'un tiers.

Fait à (ville) _____ dans la province de _____ le _____ (JJ/MM/AAAA)

Signer ici _____
 Signature du conseiller _____ Nom du conseiller _____

Signer ici _____
 Signature du conseiller _____ Nom du conseiller _____

Signer ici _____
 Signature du maître de stage (s'il y a lieu) _____ Nom du maître de stage _____

Demande de transformation

À remplir par le conseiller et le distributeur

DOIT ÊTRE REMPLI DANS TOUS LES CAS

La personne ayant rempli la présente demande doit être indiquée ci-dessous en tant que Conseiller 1, 2 ou 3 et DOIT avoir son propre code AP.

1. Personne-ressource du distributeur : _____ Nom et code du distributeur : _____
Courriel – Personne-ressource du distributeur : _____ Téléphone – Personne-ressource du distributeur : _____
- Nom du conseiller/courtier délégué (1) : _____ Code de conseiller : _____ Quote-part : _____ %
Nom de l'intermédiaire non rémunéré : _____ Code de conseiller : _____
- Nom du conseiller/courtier délégué (2) : _____ Code de conseiller : _____ Quote-part : _____ %
Nom de l'intermédiaire non rémunéré : _____ Code de conseiller : _____
- Nom du conseiller/courtier délégué (3) : _____ Code de conseiller : _____ Quote-part : _____ %
Nom de l'intermédiaire non rémunéré : _____ Code de conseiller : _____

En cas de partage, qui est le conseiller de service? Conseiller 1 Conseiller 2 Conseiller 3

2. Remarques du conseiller/distributeur :



Parlons ivari...

Le savoir-faire et les produits qui sont au cœur de la réussite d'*ivari* ne cessent de faire leurs preuves sur le marché canadien depuis plus de 80 ans. Derrière cette réussite se trouve notre engagement à toujours proposer aux familles canadiennes des solutions adaptées à leurs besoins.

Un accès 24 h sur 24

Si vous souhaitez consulter votre contrat, mettre à jour vos coordonnées ou vérifier n'importe quel élément de votre police, vous pouvez désormais vous prévaloir d'un accès sécurisé à partir du site <https://monivari.ca>.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur ivari.ca.





500-5000, rue Yonge
Toronto (Ontario) M2N 7J8

MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.