

FORMULAIRE DE MODIFICATION DE DÉSIGNATION DE TITULAIRE

IMPORTANT : Toute personne signant ce formulaire doit avoir atteint l'âge de la majorité. Avant de retourner le présent formulaire, assurez-vous d'avoir complété la section appropriée tout en ayant pris soin d'avoir témoigné chacune des signatures et d'y avoir inscrit la date. **Si la police en question s'agit d'un contrat vie-universelle et le nouveau propriétaire n'est pas une personne individuelle, nous vous prions de compléter aussi le formulaire 424F.**

NOTE : En modifiant la désignation du titulaire de la présente police, vous révoquez automatiquement toute désignation de bénéficiaire antérieure (sauf en cas de bénéficiaires irrévocables et privilégiés – se reporter à la Section C). Le nouveau titulaire devrait remplir la Section portant sur la modification de désignation du bénéficiaire figurant ci-dessous. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les prestations seront versées au nouveau titulaire ou à ses héritiers.

BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance) est requise et autorisée à procéder aux changements indiqués ci-dessus relatifs à :

Numéro de Police : _____ Assuré(e) : _____

Propriétaire(s) : _____

La police actuelle comporte-t-elle une valeur de rachat ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez remplir la section B.

A. CHANGEMENT DE TITULAIRE

NOUVEAU(X) TITULAIRE(S) (S'il s'agit d'une entreprise, indiquer la raison sociale au complet)

Nom(s) au complet	Lien de parenté à la personne assurée	Lien de parenté au titulaire précédent
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Adresse (numéro, rue) _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Numéro d'assurance sociale ou numéro d'entreprise _____

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) _____

Si plus d'un nouveau titulaire est désigné, indiquer le type de titulaire (ne s'applique pas au Québec)

Conjoint avec droits du survivant Tenants communs

Nota : Par survivant, nous entendons que si un titulaire conjoint décède, ses droits de titulaire seront transférés directement aux autres titulaires conjoints et non à la succession de la personne décédée ou à un titulaire subsidiaire.

NOUVEAU TITULAIRE SUBSIDIAIRE (S'il s'agit d'une entreprise, indiquer la raison sociale au complet)

Prénom(s)	Nom(s) de famille	Adresse
_____	_____	_____
_____	_____	_____

NOTA : Si une entreprise est désignée, nous exigeons la signature de deux cadres autorisés et leur titre ou la signature d'un cadre autorisé, ainsi que le sceau de l'entreprise.

Par la présente, je révoque toutes les désignations actuelles de bénéficiaires et de titulaires subsidiaires. Je cède et transfère tous les droits et toutes les obligations relatifs à la police susmentionnée au(x) nouveau(x) titulaire(s) désigné(s) ci-dessus.

_____ Signé à (Ville / Province) _____ Signature du titulaire actuel _____ Date _____

_____ Signature de tout bénéficiaire irrévocable ou privilégié existant _____ Date _____

_____ Signature du cessionnaire (s'il ya lieu) _____ Date _____

B. RENSEIGNEMENTS FISCAUX

Un transfert de propriété est réputé constituer une disposition aux fins de l'impôt et par conséquent, BMO^{MD} Assurance pourrait être tenu de produire un relevé T-5 ou d'autres relevés aux fins de l'impôt. Veuillez indiquer lequel des types de transferts suivants vous effectuez :

- Sans lien de dépendance (transfert entre personnes sans lien de parenté) Prix payé _____ \$
- Avec lien de dépendance (transfert entre personnes parentes) Prix payé _____ \$
- Roulement (transfert entre conjoints ou entre parents (grands-parents) et (petits) enfants)

Nota : Les transferts avec lien de dépendance comprennent les transferts entre l'entreprise et l'actionnaire, ainsi qu'entre sociétés apparentées.

C. MODIFIER LA DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE PRIMAIRE À :

NOTA : Au Québec la désignation du conjoint en tant que bénéficiaire et irrévocable, sauf indication contraire Révocable Irrévocable

Nom(s) au complet

Lien de parenté à la personne assurée

Date de naissance

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Les prestations d'assurance sont versées à part égale aux bénéficiaires désignés ci-dessus qui survivent à la personne assurée, sauf indication contraire par écrit, mais dans le cas où aucun bénéficiaire ne survit, à part égale aux personnes désignées à titre de bénéficiaires subsidiaires qui survivent à la personne assurée.

Fiduciaire, le cas échéant, si le bénéficiaire est mineur

Nom au complet

Lien de parenté à la personne assurée

Bénéficiaire subsidiaire, le cas échéant

Nom au complet

Lien de parenté à la personne assurée

Fiduciaire, le cas échéant, si le bénéficiaire subsidiaire est mineur

Nom au complet

Lien de parenté à la personne assurée

Si l'entreprise est bénéficiaire, préciser

Numéro d'entreprise

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)

D. Signatures du ou des nouveaux titulaires

J'autorise BMO Assurance à utiliser mon numéro d'assurance sociale et mon numéro d'entreprise à des fins de déclarations d'impôt et d'administration de la présente police. Je comprends que ce transfert de titulaire pourrait entraîner des retombées fiscales et je suis responsable d'obtenir des conseils fiscaux ou juridiques au besoin.

_____	_____	_____
Signé à (Ville / Province)	Signature du nouveau titulaire (Représentant autorisé de l'entreprise)	Date
_____	_____	_____
Signé à (Ville / Province)	Signature du nouveau titulaire	Date
_____	_____	_____
Témoin de toutes les signatures		Date