

CHANGEMENT DE PROPRIÉTÉ (CESSION ABSOLUE)

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE ET DE FIDUCIAIRE

Je/Nous, _____, le ou les propriétaires actuels de la police/proposition n° _____ cédon(s), par la présente, le bénéfice de la police à :

PREMIER(S) PROPRIÉTAIRE(S)

Si le nouveau propriétaire est une personne morale, fournir les renseignements demandés dans la section Signataire(s) autorisé(s). Un mineur de moins de 16 ans ne peut contracter une assurance vie.
Au Québec, un mineur de moins de 18 ans ne peut contracter une assurance vie que s'il est émancipé.

1. Titulaire de la police _____ Date de naissance _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ JJ/MMM/AAAA

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Lien avec l'assuré _____ Numéro d'assurance sociale _____

2. Titulaire de la police _____ Date de naissance _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ JJ/MMM/AAAA

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Lien avec l'assuré _____ Numéro d'assurance sociale _____

3. Titulaire de la police _____ Date de naissance _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ JJ/MMM/AAAA

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Lien avec l'assuré _____ Numéro d'assurance sociale _____

PROPRIÉTAIRE(S) SUBSIDIAIRE(S)

Le recours aux propriétaires subsidiaires ne survient qu'en cas de décès de **tous** les premiers propriétaires, **à moins d'avis contraire**.

1. Titulaire de la police _____ Date de naissance _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ JJ/MMM/AAAA

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Lien avec l'assuré _____ Numéro d'assurance sociale _____

2. Titulaire de la police _____ Date de naissance _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ JJ/MMM/AAAA

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Lien avec l'assuré _____ Numéro d'assurance sociale _____

3. Titulaire de la police _____ Date de naissance _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ JJ/MMM/AAAA

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Lien avec l'assuré _____ Numéro d'assurance sociale _____

SIGNATAIRE(S) AUTORISÉ(S)

Si le nouveau propriétaire est une personne morale (p. ex. société par actions, société en nom collectif ou autre entité), indiquer le nom et le titre du poste des signataires autorisés à signer au nom de l'entité pour que toute modification de police prenne effet.

1. Nom _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Titre du poste _____ NIE _____
Obligatoire au Québec seulement

2. Nom _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Titre du poste _____ NIE _____
Obligatoire au Québec seulement

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE ET DE FIDUCIAIRE (SUITE)

MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME

Mode de paiement de la prime : Aucun changement Changement Dans le cas d'un changement, faire un choix parmi les options suivantes :

Prélèvement automatique - Joindre un chèque annulé et le formulaire Demande et autorisation de prélèvement automatique (AL PADF).

Remarque : Ce formulaire doit être rempli dans le cas d'un changement de payeur.

Retenues salariales

Semestriel

Annuel

Il est entendu que :

1. Le présent changement de propriété n'a AUCUNE incidence sur la désignation de bénéficiaire qui existe au titre de la police. Pour changer de bénéficiaire, il faut remplir une nouvelle Désignation de bénéficiaire révocable (AL RBDF).
2. Les droits et obligations qui incombent au propriétaire dans le cadre de la police (notamment l'obligation de payer les primes et le droit de désigner un bénéficiaire) reviennent maintenant aux nouveaux propriétaires désignés.
3. Le présent changement de propriété doit être signé avant de remplir la nouvelle désignation de bénéficiaire.
4. Les parties reconnaissent expressément que leur langue de préférence est la suivante : Anglais Français.
5. Les signataires du présent formulaire de changement de propriété autorisent la divulgation de leur nom et adresse aux sociétés affiliées à Co-operators afin de recevoir de l'information à propos d'autres produits et services d'assurance. Cette autorisation est valide pour la période pendant laquelle la police est en vigueur. (Si vous avez coché « Non », l'assureur communiquera quand même avec vous au sujet de vos protections d'assurance vie et autres produits améliorés qui pourront être offerts.)

DIRECTIVES

SIGNATURES

1. Propriétaire(s) : **Tout changement de propriété doit être signé et daté par chaque propriétaire actuel de la police ou, si la police est détenue par une société, par la ou les personnes autorisées qui ont le pouvoir de lier la société, conformément à ses règlements ou autre document semblable. Les personnes qui signent le présent formulaire doivent apposer leurs initiales à côté de toute correction.**
2. Bénéficiaire(s) privilégié(s)/irrévocable(s) : La signature de chaque bénéficiaire privilégié ou irrévocable est requise.
3. Cessionnaire(s) : La signature de chaque cessionnaire est requise.

TYPES DE PROPRIÉTAIRES

On peut nommer un premier propriétaire et un propriétaire subsidiaire, mais il n'est pas nécessaire de le faire. Le recours aux propriétaires subsidiaires ne s'applique qu'en cas de décès des premiers propriétaires.

RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LES PROPRIÉTAIRES

Écrire en majuscules le nom complet de chaque propriétaire, sa date de naissance, son lien avec l'assuré, son numéro d'assurance sociale et son adresse. Si le nouveau propriétaire est une personne morale (p. ex. société par actions, société en nom collectif ou autre entité), indiquer le nom et le titre du poste des signataires autorisés à signer au nom de l'entité pour que toute modification de police prenne effet et joindre une copie d'un document attestant la capacité du signataire.

ÂGE DU PROPRIÉTAIRE

Un mineur de moins de 16 ans ne peut contracter une assurance vie. Au Québec, un mineur de moins de 18 ans ne peut contracter une assurance vie **que** s'il est émancipé.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Un changement de propriété n'annule **PAS** la désignation de bénéficiaire qui existe déjà au titre de la police. Pour changer de bénéficiaire, il faut remplir une nouvelle Désignation de bénéficiaire révocable (AL RBDF).

MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME

Le ou les nouveaux propriétaires peuvent changer le mode de paiement de la prime.

DÉCÈS DU PROPRIÉTAIRE ACTUEL

1. Si le propriétaire actuel est décédé et qu'un propriétaire subsidiaire a été nommé, il suffit d'envoyer une copie du certificat de décès du propriétaire actuel pour que la désignation de propriété soit changée automatiquement.
2. Si le propriétaire actuel est décédé et qu'aucun propriétaire subsidiaire n'a été nommé, envoyer une copie du certificat de décès du propriétaire actuel. Joindre au formulaire une copie du testament ou des lettres d'administration. Le liquidateur ou l'administrateur de la succession doit signer le formulaire. Les formulaires suivants doivent également être remplis et soumis :
 - a) Demande et autorisation de prélèvement automatique (AL PADF)
 - b) Désignation de bénéficiaire révocable (AL RBDF)

CESSION À UN ORGANISME DE BIENFAISANCE

Le changement de propriété annule toute désignation de bénéficiaire existante; une nouvelle désignation de bénéficiaire doit être faite et signée par tous les propriétaires désignés. Dans le cas d'une cession à un organisme de bienfaisance, le bénéficiaire désigné doit être l'organisme en question.

PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

1. La Demande et autorisation de prélèvement automatique (AL PADF) doit être remplie si le payeur change.
2. Dans le cas d'un changement de payeur, joindre un nouveau chèque annulé.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET AUTORISATION

Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

Co-operators reconnaît et respecte le droit à la vie privée. Lorsque vous adhérez à une assurance ou que vous présentez une demande de règlement, nous établissons un dossier confidentiel, puis nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels à votre sujet pour établir, administrer, traiter et gérer votre assurance. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Seuls les membres de notre personnel et d'autres personnes autorisées ont accès à vos renseignements personnels afin d'exécuter leurs fonctions. Nos systèmes et procédures sont conçus pour prévenir la perte, l'utilisation inappropriée ou non autorisée, la divulgation, la modification ou la destruction de vos renseignements. Notre engagement à l'égard de la sécurité s'applique également aux contrats et aux ententes que nous signons avec nos fournisseurs et prestataires de services externes. Nous pouvons conserver et utiliser vos renseignements personnels au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays à des fins de traitement, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre. De plus, ceux-ci peuvent être divulgués, dans le cadre d'une ordonnance légale et en vertu des lois applicables, à un gouvernement, à un tribunal, ainsi qu'à un organisme de réglementation et d'application de la loi. Pour plus de détails quant à notre politique sur la vie privée, visitez le www.cooperators.ca. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, communiquez avec le chef de la Protection de la vie privée de Co-operators aux coordonnées suivantes : Priory Square, Guelph (Ontario) N1H 6P8. Téléphone : 1-888-887-7773. Courriel : privacy@cooperators.ca (veuillez préciser quelle compagnie de Co-operators est concernée par votre demande).

Si vous refusez l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels dans le cadre de votre demande d'adhésion et de la gestion de toute police que nous établissons, nous ne serons pas en mesure de vous offrir le produit d'assurance qui vous intéresse, de gérer votre assurance ou de traiter votre demande de règlement.

Je déclare et certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques, et qu'ils font partie intégrante de ma demande. Il est entendu que les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire seront utilisés par Co-operators Compagnie d'assurance-vie à des fins de tarification et pour toute autre utilisation conforme aux lois fédérales et provinciales applicables. Je reconnais également que Co-operators Compagnie d'assurance-vie fonde sa décision sur les renseignements fournis, et qu'elle est en droit d'annuler ma ou mes polices en cas d'une fausse déclaration de ma part.

Signature du proposant _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA