



## Lettre de Demande de Modification

La présente lettre constitue une façon pratique de demander qu'une modification soit apportée à votre police d'assurance vie ou aux dossiers administratifs connexes. Si vous envisagez d'apporter des modifications à votre police, nous vous suggérons fortement de communiquer en premier lieu avec  **votre agent de State Farm®**  qui se fera un plaisir de vous aider et de vous conseiller dans votre démarche.

Si, pour quelque raison que ce soit, vous ne pouvez pas obtenir l'aide d'un agent de State Farm, vous pouvez entreprendre votre démarche en remplissant la présente lettre de demande de modification conformément aux instructions. Ce formulaire comprend quatre parties: La Partie (A) doit être remplie si vous désirez retirer des participations ou obtenir une avance sur la valeur de votre police; La Partie (B) doit être remplie pour apporter d'autres modifications à votre police, notamment pour un changement d'adresse, un changement de nom, un changement de propriétaire, etc.; La Partie (C) doit être remplie pour apporter une demande de transformation de votre assurance temporaire; La Partie (D) doit être remplie pour apporter un changement de bénéficiaire. Ces formulaires doivent être envoyés au service d'exploitation de l'assurance vie où votre police est administrée. **NE SOUMETTEZ PAS VOTRE POLICE À MOINS QU'ON VOUS LE DEMANDE.**

SI JAMAIS ON VOUS CONSEILLE DE REMPLACER VOTRE POLICE D'ASSURANCE STATE FARM, VEUILLEZ S'IL VOUS-PLAÎT :

1. Communiquer avec votre agent de State Farm. Il est rarement dans votre intérêt de changer une police d'assurance vie pour une autre.
2. Demander à l'agent qui vous conseille de remplacer votre police de remplir des formulaires de comparaison et de vous les faire signer. (Si cela s'applique dans votre province.)
3. Demander à l'agent qui vous conseille de remplacer votre police de lire et de signer la déclaration ci-dessous et de la retourner à votre agent de State Farm.

Agent conseiller - Je recommande, par les présentes, à ce propriétaire d'une police de State Farm d'annuler sa police et de la remplacer par une police de:

\_\_\_\_\_ Compagnie

Signé \_\_\_\_\_

Nom de la personne assurée \_\_\_\_\_ Numéro de police \_\_\_\_\_

**Partie (A) La Valeur de la Police**

À: Compagnie d'assurance-vie State Farm International Ltée

Objet: Police n° \_\_\_\_\_ Nom de la personne assurée \_\_\_\_\_

- Retrait Sur Les Participations** - Retirer et me payer des participations d'une valeur de \_\_\_\_\_ \$ ou la totalité des participations si elles sont inférieures à cette valeur. Pour le rachat des bonifications d'assurance libérée, voir ci-dessous.
- Rachat Des Bonifications D'Assurance Libérée** - Retirer et me payer des participations d'une valeur de \_\_\_\_\_ \$, ou la totalité des participations si elles sont inférieures à cette valeur.
- Retrait Partiel** - Assurance vie universelle et rente (non admissible aux fins de l'impôt)  
Effectuer un retrait partiel de \_\_\_\_\_ \$ (Minimum de 500 \$ dans le cas d'une police d'assurance vie universelle).
- Avance Sur Police** - Je vous donne cette police en garantie de cette avance et des intérêts qui courront à partir de la date de prise d'effet de cette avance.
  - Consentir une avance sur police de \_\_\_\_\_ \$ ou de la valeur d'emprunt maximale si ce montant est moindre. Ajouter au montant de l'avance toute prime due qui n'est pas payée.
  - Consentir une avance sur police pour toute prime due qui n'est pas payée.
  - Inclure un montant de \_\_\_\_\_ \$ (minimum de 15 \$) dans la facturation de chacune des primes qui sera affecté à titre de remboursement de l'avance
  - Inclure un montant de \_\_\_\_\_ \$ (minimum de 15 \$) à titre de remboursement de l'avance dans le cadre d'un plan de paiements préautorisés. (Remplir un formulaire d'autorisation et joindre un spécimen de chèque portant la mention « nul ».)
- Valeur de Rachat** - Mettre fin à l'assurance et me payer en totalité la valeur de rachat nette de la police. Veuillez renoncer à toute exigence concernant le rachat de la police.

**Indiquer le Mode de Paiement**

- Cheque (option automatique)
- Autres (fournir des instructions au dessous)

**Changement D' Adresse**

Numéro de téléphone du propriétaire de la police \_\_\_\_\_

Rue	Ville	Province	Code postal
-----	-------	----------	-------------

**MODIFIER le nom du** \_\_\_\_\_ **dont le nom était :** \_\_\_\_\_  
(statut au regard de la police) (écrire l'ancien nom en lettres moulées)

**Au nouveau nom :** \_\_\_\_\_ **Raison du changement :** \_\_\_\_\_  
(écrire le nouveau nom en lettres moulées)

Le nom légal doit être indiqué. Si c'est le nom du propriétaire de la police qui est modifié, le nom signé ci-dessous dans la section intitulée « Signature du propriétaire de la police » devra correspondre à ce nouveau nom.

**AJOUTER le Nom du Successeur à Titre de Propriétaire/Cessionnaire** \_\_\_\_\_  
(Nom du successeur à titre de propriétaire/cessionnaire)

**CHANGEMENT de Propriétaire** \_\_\_\_\_ (Nom du nouveau propriétaire) \_\_\_\_\_ (signature)

\_\_\_\_\_ (Adresse du nouveau propriétaire) \_\_\_\_\_ (Numéro d'assurance sociale du nouveau propriétaire)

**TOUS LES AUTRES DROITS ET MODALITÉS RELATIFS À LA PROPRIÉTÉ DEMEURENT LES MÊMES, À MOINS QU'ILS NE SOIENT MODIFIÉS SPÉCIFIQUEMENT.** Si une mention est requise dans la police, le fait de poster au nouveau propriétaire une reconnaissance du changement de propriétaire en fera office.

**Autres**

Signature du propriétaire de la police _____ Date _____	<b>Code D'Approbation De L'Agent</b>
Signature de l'agent ou d'un témoin _____ Date _____	

**Partie (B) Modifications de la Police**

À: Compagnie d'assurance-vie State Farm International Ltée

Objet: Police n° \_\_\_\_\_ Nom de la personne assurée \_\_\_\_\_

**CHANGEMENT D'Adresse Postale** Numéro de téléphone du propriétaire de la police \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

**MODIFICATION du Mode de Paiement Des Primes**

Annuel  Semestriel  Spécial mensuel

Mensuel  Trimestriel \_\_\_\_\_ (type)

**Prélèvement des Primes Sur Les Participations (le mode de paiement des primes doit être annuel)**

L'option relative aux participations doit être Bonification d'assurance libérée ou Capitalisation. Dans le cas contraire, veuillez modifier l'option relative aux participations ci-dessous.

**MODIFICATION de L'Option Relative Aux Participations**

Capitalisation  Versement en espèces  Bonification d'assurance libérée  Réduction de la prime

**MODIFIER le nom du** \_\_\_\_\_ dont le nom était: \_\_\_\_\_  
(statut au regard de la police) (écrire l'ancien nom en lettres moulées)

Au nouveau nom: \_\_\_\_\_ Raison du changement: \_\_\_\_\_  
(écrire l'ancien nom en lettres moulées)

Le nom légal doit être indiqué. Si c'est le nom du propriétaire de la police qui est modifié, le nom signé ci-dessous dans la section intitulée « Signature du propriétaire de la police » devra correspondre à ce nouveau nom.

**Ajouter La disposition d'avance d'office de la prime a-t-elle été choisie, le cas échéant.**

**Réfléchir les taux de prime pour non-fumeurs:**

Avez-vous fait usage de produits du tabac au cours des 12 derniers mois?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

Signature de la personne assurée 1 \_\_\_\_\_

Signature de la personne assurée 2 \_\_\_\_\_

**Vie Universelle/Assurance payable au second décès seulement:**

Modifier Capital décès  Option 1  Option 2

Modifier le Prime prévue \_\_\_\_\_  
(montant de nouveau prime)

**Annuler Avenant**

Annuler \_\_\_\_\_  
(Nom et montant de l'avenant)

**Réduire La Couverture** \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
(Police ou avenant) (montant)

**Autres**

Signature du propriétaire de la police \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature de l'agent ou d'un témoin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Code D'Approbation De L'Agent**

**Partie (C) Transformation de L'Assurance Temporaire**

À: Compagnie d'assurance-vie State Farm International Ltée

Objet: Police n° \_\_\_\_\_ Nom de la personne assurée \_\_\_\_\_

**Transformer** \_\_\_\_\_ pour \_\_\_\_\_  
(police et montant) (police et montant)

S'il s'agit d'une transformation partielle, qu'advient-il de la couverture restant ? \_\_\_\_\_

**NOTE:** La nouvelle police qui sera émise comportera la même tarification ou les mêmes exclusions que la police initiale avant la conversion.

**Vie universelle**  Option 1  Option 2 Prime prévue \_\_\_\_\_

**Avenants devant être transférés** (si admissibles).

- Vie Temporaire pour enfants \_\_\_\_\_ \$  Temporaire 5 ans \_\_\_\_\_ \$
- Avenant d'option d'assurabilité garantie \_\_\_\_\_ \$  Temporaire 5 ans pour assuré supplémentaire \_\_\_\_\_ \$
- Avenant d'exonération des primes  Temporaire à capital constant pour assuré supplémentaire \_\_\_\_\_ \$

**Avenant d'exonération des primes**

L'avenant d'exonération des primes ou d'exonération du prélèvement mensuel est-il demandé ?  Oui  Non

La personne assurée est-elle actuellement invalide ?  Oui  Non

**La disposition d'avance d'office de la prime**

Voulez-vous que la disposition d'avance d'office de la prime s'applique, le cas échéant ?  Oui  Non

**Consumer du Tabac**

Avez-vous fait usage de produits du tabac au cours des 12 derniers mois ? PA1  Oui  Non PA2  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**Assuré supplémentaire our vie temporaire pour enfants**

S'agit-il d'une transformation afin d'augmenter la couverture d'assurance ?  Oui  Non

Indiquer le nom du titulaire de la nouvelle police. \_\_\_\_\_

S'agit-il d'une transformation de Vie Temporaire pour enfants ?  Oui  Non

Indiquer le nom du titulaire de la nouvelle police. \_\_\_\_\_

Est-ce qu'un avenant d'assurance temporaire pour enfants restera en vigueur après la conversion?  Oui  Non

**Information Fondamentale :** (Vie Temporaire pour enfants seulement)

Nom de la personne assurée \_\_\_\_\_ Sexe  H  F Date de naissance \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

**Option relative aux participations** (pas applicable de vie universelle)

- Capitalisation  Versement en espèces  Bonification d'assurance libérée  Réduction de la prime

**Mode de paiement des primes**  Annuel  Semestriel  Trimestriel  Spécial mensuel \_\_\_\_\_

PPSF Compte existant n° \_\_\_\_\_

**Autres**

Signatures nécessaires : La demande doit être signée par le propriétaire de la police initiale. Si une autre personne que le propriétaire de la police initiale devient propriétaire de la nouvelle police, le nouveau propriétaire de la police doit signer tous les autres formulaires requis.

- Quand une demande est faite pour l'avenant d'exonération des primes/l'avenant d'exonération du prélèvement mensuel (non inclus un transfert de la vieille police) ou qu'un taux de prime pour non-fumeurs est demandé, la signature de la personne assuré 1 est nécessaire.
- La signature d'une personne assurée supplémentaire n'est nécessaire que lorsque la garantie d'un assuré supplémentaire (AS) est transférée ou convertie et qu'un taux de prime pour non-fumeurs est demandé.
- Option d'achat d'un avenant d'assurance temporaire pour enfants âgés de 18 ans – La demande doit être signée par le propriétaire de la police initiale.
- Conversion d'un avenant d'assurance temporaire pour enfants âgés de 25 ans – La demande doit être signée par l'enfant assuré.

Signature du Propriétaire  
Original de la Police \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature de la Personne  
Assuré 1 \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature de la Assuré  
Supplémentaire \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature de l'agent  
ou d'un témoin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Code D'Approbation De L'Agent

## Changement de Bénéficiaire

**Veillez soumettre un formulaire distinct pour chaque personne assurée  
visée par un changement de bénéficiaire.**

À: Compagnie d'assurance-vie State Farm International Ltée

Objet: Police n° \_\_\_\_\_ Nom de la personne assurée \_\_\_\_\_

Ce changement s'applique à:

 Principale personne assurée     Assuré supplémentaire    Nom de l'assuré supplémentaire \_\_\_\_\_

Je demande que toute somme payable au décès de la personne assurée soit versée conformément aux modalités décrites ci-dessous. Les versements sont sous réserve de toute forme de cession. Toutes les dispositions antérieures concernant le paiement du capital assuré au décès de la personne assurée sont révoquées à l'enregistrement de la présente demande de changement. Dans le cas d'un assuré supplémentaire ou de l'avenant d'assurance pour enfants, les modalités relatives au bénéficiaire prévues dans l'avenant sont révoquées et les modalités relatives au bénéficiaire prévues dans la police auront priorité. Les termes « assuré supplémentaire », « enfant assuré » ou « rentier » remplaceront le terme « personne assurée ».

**REMPLIR LES SECTIONS PERTINENTES POUR TOUS LES BÉNÉFICIAIRES, MÊME S'ILS DEMEURENT INCHANGÉS, EN INDIQUANT LE NOM AU COMPLET, LE DATE DE NAISSANCE ET L'ADRESSE (si elle est différente de celle de la personne assurée) ET INDIQUER LE LIEN DE PARENTÉ AVEC LA PERSONNE ASSURÉE. Veuillez dactylographier ou écrire à l'encre, en caractère d'imprimerie, et apposer vos initiales devant toute rature.**

### BÉNÉFICIAIRES

**Premier Bénéficiaire** – Nom, le date de naissance, lien de parenté, adresse, numéro d'assurance sociale (le cas échéant)

**Bénéficiaire en Sous-ordre** – Nom, le date de naissance, lien de parenté, adresse, numéro d'assurance sociale (le cas échéant)

**Dispositions spéciales:** La Compagnie ne pourra être tenue responsable de l'utilisation par un fiduciaire ou un représentant autorisé du bénéficiaire d'une somme qui leur est versée. La Compagnie sera dégagée de toute responsabilité dans la mesure de ce paiement à un fiduciaire ou à un représentant autorisé du bénéficiaire.

Si une fiducie n'a pas été créée, ou si les conditions d'admissibilité pour une fiducie testamentaire ne sont pas remplies, le paiement sera effectué au bénéficiaire en sous-ordre, le cas échéant.

Conditions d'admissibilité pour une fiducie testamentaire. Le testament doit être homologué dans les 180 jours suivant le décès de la personne assurée et le fiduciaire doit être admissible dans l'année suivant le décès de la personne assurée.

Le changement prendra effet conformément aux dispositions de la police, mais le changement n'aura aucune incidence sur quelque mesure que nous aurions pu prendre avant la réception de cette demande. Si une mention est requise dans la police, le fait de m'envoyer par la poste une reconnaissance du changement de bénéficiaire en fera office.

Signature du  
propriétaire de la police \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ville

\_\_\_\_\_ Province

\_\_\_\_\_ Code postal

Signature de l'agent  
ou d'un témoin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Code D'Approbation De L'Agent