

ASV

**ASSURANCE
SPÉCIALITÉ-VIE**

DEMANDE DE SERVICES

Utilisez le présent formulaire pour :

1. Mettre à jour votre adresse ou vos coordonnées - Remplir la section 1 et signer à la section 6.
2. Corriger un nom ou signaler un changement de nom – Remplir les sections 1 et 2 et signer à la section 6.
3. Réduire la somme assurée – Remplir les sections 1 et 3 et signer à la section 6.
4. Demander un duplicata de police – Remplir les sections 1 et 4 et signer à la section 6.
5. Résilier votre police d'assurance vie – Remplir les sections 1 et 5 et signer à la section 6.

1. Coordonnées du ou des propriétaires de police (remplir au complet)

| | | | |
|--|-------------------------------------|-------------|------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Nom de l'assuré | Numéro(s) de police | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Nom du propriétaire | Numéro de téléphone du propriétaire | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Nom du propriétaire | Adresse de courriel* | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Numéro et rue | App. ou bur. | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Ville | Province | Code postal | Pays |
| S'agit-il d'une nouvelle adresse? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez fournir l'ancienne adresse. | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Numéro et rue | App. ou bur. | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Ville | Province | Code postal | Pays |

2. Changement de nom

Veuillez utiliser la présente section pour mettre à jour ou corriger un nom, par exemple, suite à un mariage, un changement de nom légal, etc. N'utilisez pas cette section pour désigner un nouveau propriétaire de police ou bénéficiaire.

de l'assuré du propriétaire du bénéficiaire du payeur Nouveau nom :

Raison (mariage, ordonnance de tribunal, etc.)

Une copie du document attestant du changement de nom doit être soumise. La compagnie est autorisée à traiter toute transaction touchant la police en utilisant le nouveau nom.

Ancienne signature Nouvelle signature

3. Réduction de la somme assurée

Sur la tête de

De \$ À \$

Nota : Vous ne pouvez pas réduire la somme assurée en-deçà du minimum fixé pour cette police et le type du régime. Le changement prend effet au prochain anniversaire mensuel de la police.

4. Demande d'un duplicata de police – Déclaration de perte et exonération de responsabilité

- À titre de propriétaire de la police, je demande à **Spécialité-Vie** d'émettre un duplicata de la police, étant donné que la police d'origine est égarée ou détruite. À ma connaissance, sous réserve de ce qui est indiqué aux dossiers de **Spécialité-Vie** et d'**ivari**, aucune autre personne ne revendique ou détient des intérêts dans la police, ni n'est en possession de celle-ci :
- Aucune exception
- Exceptions indiquées dans la section Remarques ci-dessous. Le document de consentement et(ou) d'exonération de responsabilité doit être joint à votre demande.

Remarques

En contrepartie de l'émission d'un duplicata de la police, je consens à dégager **Spécialité-Vie** et **ivari** de toute responsabilité à l'égard des pertes qui pourraient résulter directement ou indirectement de l'approbation de cette demande. De plus, je reconnais que si le duplicata de la police est émis, il n'est fourni que dans le cadre des services offerts aux clients et ne remplace pas les modalités du contrat de la police initiale, y compris tout amendement et tout avenant qui y sont joints par **Spécialité-Vie** au moment de l'établissement ou par la suite.

5. Résiliation de la police

- Je choisis/Nous choisissons de résilier ma/notre police d'assurance vie.

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

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire seront ajoutés à votre dossier. Ces renseignements pourront être utilisés aux fins de la prestation de services à l'égard de votre police, de la conduite d'enquêtes et de l'analyse de toute demande de règlement. Votre dossier ne sera accessible qu'aux employés et représentants autorisés de **Spécialité-Vie** et d'**ivari**, responsables de l'administration de votre dossier, et qu'aux autres personnes autorisées par vous ou par la loi. **Spécialité-Vie** et **ivari** pourraient aussi transmettre les renseignements contenus dans leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance auxquelles vous avez soumis une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement. Ils peuvent également être communiqués aux agences générales déléguées, aux distributeurs et aux intermédiaires de marché et à leurs employés et agents, ainsi qu'à vos conseillers indépendants aux fins déterminées ci-dessus. Le cas échéant, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à vos bénéficiaires relativement à une demande de règlement.

Vos renseignements personnels pourraient être utilisés, consignés et consultés de façon sécurisée dans d'autres pays selon les lois qui y sont applicables. Par exemple, les renseignements pourraient être divulgués en réponse à des demandes émanant de gouvernements, de tribunaux ou d'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. Spécialité-Vie et ivari exigent que des mesures soient prises par leurs fournisseurs de services pour préserver la confidentialité des renseignements personnels en conformité avec leurs 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 : **Spécialité-Vie**, 8000, rue Jane, Tour A, bureau 101, Concord (Ontario) L4K 5B8, à l'attention du Bureau de la protection de la vie privée.

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 **Spécialité-Vie** ou **ivari** estime que vous êtes exposé à un risque réel de préjudice grave, le Bureau de la protection de la vie privée de **Spécialité-Vie** vous en informera et vous suggérera des mesures pour vous en prémunir.

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 : Bureau de la protection de la vie privée, **Spécialité-Vie**, 8000, rue Jane, Tour A, bureau 101, Concord (Ontario) L4K 5B8.

Pour consulter notre politique sur la protection de la vie privée, rendez-vous sur slinsurance.ca. Pour consulter celle d'**ivari**, visitez ivari.ca.

En signant et en soumettant le présent formulaire, vous accordez votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels, comme il est décrit plus haut et ailleurs dans la présente demande.

*La législation canadienne anti-pourriel régit l'envoi de courriels aux consommateurs. Pour s'y conformer, **ivari** et **Spécialité-Vie** sont tenues d'obtenir votre consentement pour vous envoyer, par voie électronique, des messages sur vos polices, des renseignements sur leurs produits, ainsi que du matériel de marketing. En fournissant votre adresse de courriel, vous consentez à recevoir des courriels d'**ivari** et de **Spécialité-Vie**, consentement que vous pouvez retirer en tout temps en communiquant avec nous à l'adresse ci-dessous.

6. Signatures - La signature de tous les propriétaires est exigée.

J'ai/Nous avons lu et je comprends/nous comprenons pleinement le contenu de l'avis relatif à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels comme mentionné à la page précédente et je consens/nous consentons à la collecte, l'utilisation et la divulgation par **Spécialité-Vie** et **ivari** et les sociétés qui y sont affiliées de mes/nos renseignements personnels aux fins déterminées dans cet avis.

Signature du propriétaire

Signature du témoin

Signature du propriétaire

Signature du témoin

Signature du bénéficiaire irrévocable (le cas échéant)

Signature du témoin

Signature et titre (le cas échéant) du cessionnaire (timbre requis si le cessionnaire est une institution financière)

Fait à :

Ville

Province

Date (JJ/MM/AAAA)

Renseignements sur le distributeur/conseiller

Bureau du distributeur/conseiller

Conseiller indépendant

Code