



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, une demande de transformation de votre assurance temporaire, etc.; La Partie (C) 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)

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

Objet: Police n° _____ Nom de la personne assurée _____

Changement D'Adresse

Numéro de téléphone du propriétaire de la police _____

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

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.

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.

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 ».)

Autres

Signature du propriétaire de la police _____ Date _____	Code D'Approbation De L'Agent
_____ Ville Province Code postal	
Signature de l'agent ou d'un témoin _____ Date _____	

Partie (B)

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 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.

TRANSFORMATION de L'Assurance Temporaire (Veuillez remplir la Partie C si vous souhaitez changer votre bénéficiaire.)

Transformer _____ pour _____
(police et montant) (police et montant)

S'il s'agit d'une transformation partielle, qu'advient-il de la couverture restante? _____

Option relative aux participations _____ Mode de paiement des primes _____

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

Si oui, veuillez préciser: _____

La disposition d'avance d'office de la prime a-t-elle été choisie, le cas échéant? Oui Non

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

Vie universelle/Assurance payable au second décès:

Capital décès, Option 1 _____ Option 2 _____

Prime prévue _____

S'il s'agit d'une transformation afin d'augmenter la couverture d'assurance, indiquer le nom du titulaire de la nouvelle police et veuillez remplir la demande de changement de bénéficiaire. _____

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 _____

_____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Signature de l'agent ou d'un témoin _____ Date _____

Code D'Approbation De L'Agent

Partie (C)

Changement de Bénéficiaire et/ou de Spécifications Relatives au Règlement

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

Code de doc: **39** Cocher le chiffre
Sous-type 6

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 ».

REPLIR LES SECTIONS PERTINENTES POUR TOUS LES BÉNÉFICIAIRES, MÊME S'ILS DEMEURENT INCHANGÉS, EN INDIQUANT LE NOM AU COMPLET, L'ÂGE 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	MÉTHODE DE RÈGLEMENT
Premier Bénéficiaire – Nom, âge, lien de parenté, adresse, numéro d'assurance sociale (le cas échéant)	Cocher une case: <input type="checkbox"/> Intérêt <input type="checkbox"/> Montant forfaitaire <input type="checkbox"/> Autres – Précisez:
Bénéficiaire en Sous-ordre – Nom, âge, lien de parenté, adresse, numéro d'assurance sociale (le cas échéant)	Méthode de règlement pour le bénéficiaire en sous-ordre si aucun premier bénéficiaire ne survit à la personne assurée Cocher une case: <input type="checkbox"/> Intérêt <input type="checkbox"/> Montant forfaitaire <input type="checkbox"/> Autres – Précisez:

Sous réserve de changement spécifié par la présente demande:

Deux bénéficiaires survivants ou plus d'une même catégorie devront se partager également le capital assuré.

Si les enfants d'une personne sont nommés au titre d'une catégorie, seuls les enfants légitimes de cette personne ou légalement adoptés par celle-ci seront désignés comme bénéficiaires.

Un bénéficiaire à qui la « clause de temps » s'applique sera réputé ne pas avoir survécu à la personne assurée si ce bénéficiaire ne vit pas 30 jours après le décès de la personne assurée.

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 _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> _____ Ville _____ Province _____ Code postal </div> Signature de l'agent ou d'un témoin _____ Date _____	Code D'Approbation De L'Agent
--	--------------------------------------