

L'assurance vie concerne la sécurité financière et les soins pour la prochaine génération.

VOTRE REVENU EST LE FONDEMENT DE VOTRE VIE FINANCIÈRE.
ASSUREZ-LE.

L'assurance vie remplace votre revenu pour ceux que vous aimez. L'assurance invalidité la remplace pour vous. L'assurance maladies graves augmente vos chances de récupération et protège votre revenu à la retraite.

Date: _____

Noms des clients: _____



Bénéficiez d'une industrie réglementée pour vous protéger.

Tous les décideurs familiaux doivent être présents aux réunions.

Documents dont votre conseiller en assurance aura besoin:

- les contrats de toutes les assurances vie / invalidité / maladie grave en vigueur
- les relevé de compte les plus récentes des contrats UL et un contrats de Vie Entière en vigueur
- livret d'avantages sociaux du régime collectif auquel vous et votre conjoint (e) êtes membre (employeur, association, organisme professionnel)
- le relevé d'assurance-vie hypothécaire confirmant les détenteurs de l'hypothèque couverte, les avantages (vie, assurance-invalidité, assurance-vie), la couverture (100% ou 50% du solde de l'hypothèque à vie et l'assurance-crédit; 100% ou 50% des versements hypothécaires pour l'assurance-invalidité)

DÉCLARATION DE DIVULGATION DU REPRÉSENTANT À L'INTENTION DU CLIENT

Savoir qui vous protège et comment.

Conseiller: _____

Titre: Conseiller en sécurité financière

Assureurs que je représente:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/>  Assomption Vie
Assomption Vie | <input type="checkbox"/>  IA Excellence
IA Excellence |
| <input type="checkbox"/>  Croix Bleue
Croix Bleue | <input type="checkbox"/>  L'Industrielle Alliance |
| <input type="checkbox"/>  BMO Assurance
BMO Assurance | <input type="checkbox"/>  ivari |
| <input type="checkbox"/>  Canada-Vie
Canada-Vie | <input type="checkbox"/>  La Capitale / Penncorp |
| <input type="checkbox"/>  Plan de protection du Canada | <input type="checkbox"/>  Manuvie |
| <input type="checkbox"/>  Desjardins Sécurité financière* | <input type="checkbox"/>  RBC Assurance |
| <input type="checkbox"/>  EDGE Benefits | <input type="checkbox"/>  SSQ |
| <input type="checkbox"/>  Empire Vie | <input type="checkbox"/>  Financière Sun Life |
| <input type="checkbox"/>  Assurance vie Équitable du Canada | <input type="checkbox"/>  Assurance de voyage TIC |
| <input type="checkbox"/>  Financière Foresters | <input type="checkbox"/>  Tour+Med |
| <input type="checkbox"/>  Humania Assurance Inc. | <input type="checkbox"/>  UV Mutuelle |

*sans objet pour le Québec

Permis, territoire et relation avec mon distributeur.

Je suis un représentant détenteur d'un permis en assurance-vie / accident et assurance-maladie dans les provinces de Québec et:

_____ (autres provinces).

Je suis également détenteur d'un permis dans les disciplines suivantes : (exemple: fonds communs de placement - indiquez également le nom du courtier):

_____.

Ma relation avec Nord Est Financière Inc.

- Je suis un représentant indépendant en partenariat avec Nord Est Financière Inc. (NEF). NEF n'a aucun droit de propriété sur mon entreprise. J'ai un accord de partage de commission et de partenariat avec NEF.

Accord de partage de commission avec Nord Est Financière Inc.

Sur la base d'un accord de partage de commission avec NEF, les commissions générées de mes activités en tant que conseiller en sécurité financière sont partagées avec NEF et par l'intermédiaire de NEF, avec d'autres courtiers membres du réseau de distribution NEF. En contrepartie, NEF me fournit des systèmes de rémunération, de conformité, de gestion des processus métier et de gestion de la relation client, ainsi que de la formation continue, ce qui me permet de mieux servir mes clients et de développer mon entreprise.

- Je suis un représentant attaché à NEF sans être un employé de l'entreprise. Je suis payé des commissions / salaire de NEF
- Je suis un employé de NEF. Je suis payé des commissions / salaire de NEF.

Contrats de partage de commission avec d'autres inscrits de l'Autorité.

- Aucun à divulguer.
- _____
- _____

Produits bancaires que je peux vous référer:

-  Manulife Bank

Prêts hypothécaires • Comptes commerciaux en dollars canadiens et en dollars américains à intérêt élevé • Comptes d'épargne en dollars canadiens et en dollars américains à intérêts élevés • Comptes REER et CELI • Prêts investissement • Cartes de crédit • CPG

-  B2B BANK

Prêts REER • Prêts CELI • Prêts investissement • CPG • Comptes d'épargne à intérêt élevé

NORD EST FINANCIÈRE INC.

Aider les familles et les entreprises à réussir avec de l'argent.

DISC201806F Réserve à l'usage exclusif des employés et des partenaires de Nord Est Financière Inc.

Ma relation avec les Agents Généraux de Gestion.

Pour les produits d'assurance, je traite mes affaires liées aux assurances par l'intermédiaire de AgenZ Inc. et de HUB Financial Inc. (agents généraux gestionnaires, ou "MGA"), qui me paieront ou ordonnent à la compagnie d'assurances de me verser un bonus sur les commissions gagnés de la vente ou des produits d'assurance que je vends. Ce bonus constitue une partie de la rémunération globale qui m'est versée en même temps que les commissions mentionnées ci-dessous. De plus, j'ai toute latitude pour traiter avec l'un ou l'autre des assureurs avec lesquels je transige et je ne suis soumis à aucune pression de la part de AgenZ Inc. et de HUB Financial Inc. pour favoriser l'un ou l'autre des assureurs.

Relation avec d'autres distributeurs.

Je suis également un représentant autorisé auprès des distributeurs suivants:

_____ ou

AUCUN (cocher la case si aucun contrat n'a été passé avec d'autres distributeurs).

Divulgarion de référence.

Un de mes partenaires de référence vous a référé: _____ (le parrain). Selon les termes de l'accord de parrainage conclu entre le parrain et moi, le parrain recevra un honoraire de parrainage de _____ \$ pour sa présentation à moi. Les frais de référence sont payés pour les introductions seulement. Il ne dépend pas de moi pour vous fournir mes services en tant que conseiller en sécurité financière. Aucune rémunération ne sera versée au parrain en fonction des produits et services que je vous fournis en tant que conseiller en sécurité financière. Pour plus d'informations sur l'accord de parrainage, contactez-moi et / ou le parrain directement.

Formation continue.

Afin de conserver mon permis d'assurance-vie/accident et assurance-maladie, je dois respecter des exigences de formation continue obligatoire. Par conséquent, pour m'y conformer, je participe à des formations, des colloques et réunions professionnelles de mon secteur d'activité.

Compensation - monétaire et non monétaire.

À la fin d'une transaction d'assurance, la société qui fournit le produit que vous achetez (s'applique aux conseillers indépendants) me versera une commission sur les ventes ou celle de NEF (s'applique aux conseillers rattachés à NEF ou employés par NEF). La commission est généralement basée sur un pourcentage des primes. Je peux recevoir une commission de renouvellement (ou de service) si vous maintenez cette police en vigueur. Je peux être éligible à une compensation supplémentaire, telle que des primes ou des avantages non monétaires, tels que des incitatifs de voyage, des conférences, des séminaires, en fonction de facteurs tels que le volume de mes ventes ou la persistance des affaires que je passe avec une compagnie en particulier temps donné de la période.

Liens avec les sociétés que je représente.

Aucune compagnie d'assurance ne détient une participation dans mon entreprise, je ne possède ni ne contrôle la propriété d'une compagnie d'assurance.

Produits et services fournis.

Je peux vous offrir une gamme exhaustive de produits et services d'assurance, notamment en assurance-vie, maladies graves, invalidité, soins de longue durée, fonds distincts (comptes d'entreprise, comptes individuels et de fiducie, REEE, CELI, REER, FRR, CRI et FRV), rentes, assurance maladie et dentaire, assurance voyage, rentes de placement garanti et régimes collectifs. Vous devez apposer vos initiales sur les produits pour lesquels vous aimeriez que je vous conseille. **Nous NE DISCUTERONS PAS des produits pour lesquels vous avez coché « je refuse » et en conséquence, vous me dégagez de toute responsabilité en ce qui concerne ces produits.**

produit / service	Je suis intéressé	Je ne suis pas intéressé	produit / service	Je suis intéressé	Je ne suis pas intéressé
Vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Santé/dentaire/voyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fonds distincts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins de longue durée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIG-s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les conflits d'intérêts.

Je suis tenu de déclarer tout intérêt qui pourrait m'empêcher d'offrir des conseils impartiaux. Je vous aviserai sans délai si jamais je prends conscience d'un conflit d'intérêts en ce qui concerne mes services et les recommandations soumises.

Conflits d'intérêts à divulguer:

_____ or

NONE (Cocher la case s'il n'y a pas de conflit à divulguer).

NORD EST FINANCIÈRE INC.

Aider les familles et les entreprises à réussir avec de l'argent.

DISC201806F Réserve à l'usage exclusif des employés et des partenaires de Nord Est Financière Inc.



(SI DES CONFLITS D'INTÉRÊTS SURVIENNENT DANS VOTRE TRAVAIL FUTUR AVEC LES CLIENTS, VOUS DEVEZ LES DIVULGUER ET LES DOCUMENTER CORRECTEMENT).

Plus d'information.

Si vous avez besoin d'informations supplémentaires concernant mes qualifications ou la nature de mes relations d'affaires, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Collecte de renseignements.

Je devrai, de temps en temps, recueillir des renseignements de nature financière ou autres en ce qui vous concerne. Ces renseignements comprennent des détails de transactions découlant de votre relation avec moi ou par mon entremise. Je peux obtenir ces renseignements d'une variété de sources, notamment les dossiers que je détiens vous concernant, de transactions que vous avez effectuées avec moi ou par mon entremise, d'agences d'évaluation de crédit et d'autres institutions financières ou références que vous m'avez fournies.

Utilisation des renseignements et accès aux renseignements.

Par les présentes vous m'autorisez, ainsi que mon distributeur Groupe Financier Horizons, à recueillir et à conserver ces renseignements lorsque vous faites une demande de produit ou de service d'assurance pendant la durée de notre relation d'affaires et ce afin de respecter nos obligations légales et réglementaires.

À ces fins, nous devons partager vos renseignements avec des tiers, notamment les fournisseurs de services paramédicaux et/ou les assureurs auprès de qui vous faites une demande de produit ou de service d'assurance.

Vous avez le droit d'avoir accès aux renseignements que nous détenons à votre égard en tout temps afin d'en vérifier le contenu et l'exactitude, et de les faire corriger le cas échéant. Pour avoir accès à vos renseignements, poser des questions sur nos politiques de confidentialité ou demander que les renseignements ne soient pas partagés ni utilisés aux fins citées ci-dessus, vous pouvez nous en aviser maintenant ou communiquer avec nous à n'importe quel moment ultérieur.

Si vous n'êtes plus notre client ou si cette entente prend fin, nous pourrions conserver vos renseignements dans nos dossiers pendant aussi longtemps que requis aux fins citées ci-dessus ou comme requis par la loi.

Affaires supplémentaires.

Vous n'avez pas l'obligation de faire d'autres transactions ni de faire affaire avec moi comme condition de la présente transaction. Vos renseignements personnels ne seront pas partagés avec d'autres individus ou organisations sauf comme indiqué ci-dessus.

Date: _____ **Signature du conseiller:** _____

Accusé de réception des clients.

- A. Ma/notre signature indique que j'ai/nous avons reçu une copie de cette déclaration de Divulgence de la part de notre représentant et que je l'ai/nous l'avons lu et compris la portée, particulièrement en ce qui concerne les conflits d'intérêts, les compagnies avec lesquelles mon représentant fait affaire et comment il ou elle pourrait être rémunéré(e);
- B. J'ai/ nous avons autorisé et accepté la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes/nos renseignements personnels comme décrits dans la présente déclaration de Divulgence à notre intention; et
- C. J'ai/ nous avons donné l'autorisation et accepté de recevoir des messages électroniques commerciaux par courriel de mon représentant.

Signé à _____, **le** _____ **jour de** _____, **2019**

La signature du client: _____

La signature du client: _____

AUTORISATIONS DES CLIENTS

Pour la création d'un fichier client et pour des informations personnelles ou des documents supplémentaires.

Je / nous, _____
autorise _____, mon conseiller en sécurité financière (« représentant ») à constituer un dossier client à mon égard et à le tenir à jour. Ce dossier renfermera des renseignements personnels me concernant incluant les coordonnées fournies ci-dessous, qui seront recueillis et utilisés afin d'évaluer ma situation financière, de communiquer avec moi pour m'offrir des produits et des services avantageux ou intéressants, et de m'aider dans le cadre des services courants, des modifications à apporter et des demandes de règlement ainsi que pour accomplir tout autre objet en lien direct avec ce qui précède. Ces renseignements personnels pourront comprendre les registres de mes entretiens et de mes conversations téléphoniques avec mon représentant et les directives que je lui donne relativement aux produits et services que j'ai souscrits ou que j'envisage de souscrire. La communication des renseignements personnels contenus à mon dossier sera limitée à:

- mon représentant et ses employés, les entreprises que représente mon représentant en fournissant ou en cherchant à me fournir des produits ou services (y compris leurs employés et leurs mandataires), lorsque les informations sont nécessaires pour l'exercice des fonctions de la personne en leur nom)
- Nord Est Financière Inc., AgenZ, HUB Financial et toute autre société / société de courtage auprès de laquelle mon représentant exerce ses activités (y compris leurs employés et leurs mandataires, lorsque les informations sont requises pour l'exercice des fonctions de la personne en leur nom) ;
- les personnes auxquelles j'ai autorisé l'accès; et
- personnes autorisées par la loi.

Je conviens en outre que je ne fournirai pas les documents originaux à mon représentant. J'accepte que toutes les copies des documents que je fournis puissent être converties par mon conseiller et les sociétés avec lesquelles il / elle exerce ses activités ou représente sous un autre format, et ni mon représentant ni les entreprises avec lesquelles il / elle opère ou représente ne seront tenus de quelque obligation que ce soit conserver le document tel qu'il a été fourni à l'origine.

Stockage de mon dossier personnel.

Mon représentant m'a informé que:

- Mon dossier physique / papier est conservé en sécurité dans le bureau de mon représentant;
- Mon fichier numérique est stocké dans un stockage en nuage sur Sync.com (pour plus de détails sur la sécurité: <https://www.sync.com/your-privacy/>) et / ou dans le système de gestion de la relation client (CRM) fourni à mon représentant de Nord Est Financière Inc. (pour plus d'informations sur la sécurité du CRM: <https://www.bitrix24.com/security/index.php>).

De plus, il est entendu et convenu que:

Les informations personnelles concernant le service de mes besoins de sécurité financière seront conservées avec celles de mon conjoint*

Oui	Non	Initiales:	Valable à partir de:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Mon représentant est autorisé à conserver des informations personnelles ou des documents «supplémentaires» ** (originaux ou des copies) contenant mes informations personnelles, fournis par moi-même ou avec mon autorisation.

Oui	Non	Initiales:	Valable à partir de:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Méthode privilégiée pour communiquer avec mon représentant aux fins de la présente autorisation:

Oui	Non	Initiales:	Valable à partir de:
-----	-----	------------	----------------------

Téléphone / messagerie vocale:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Email***:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Fax***:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
En cours d'écriture:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Autre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

* Une autorisation pour la création d'un fichier client et pour des informations personnelles supplémentaires ou des documents signés par le conjoint est également requise.

** Informations ou documents personnels «supplémentaires»: les informations personnelles «supplémentaires» sont des informations personnelles qui vont au-delà de ce qui doit être conservé, en fonction des produits et / ou services proposés par la société aux fins du fichier client d'un représentant, comme indiqué dans le premier paragraphe. Voici des exemples d'informations et de documents personnels:

- polices d'assurance d'origine

NORD EST FINANCIÈRE INC.

Aider les familles et les entreprises à réussir avec de l'argent.

DISC201806F Réserve à l'usage exclusif des employés et des partenaires de Nord Est Financière Inc.



- testaments
- procurations
- certificats de mariage
- déclarations de revenus / avis de cotisation
- papiers de propriété hypothécaire / immobilier
- autres): _____

*** Pour votre commodité, nous pouvons vous contacter par e-mail ou par fax. Cependant, veuillez noter que l'utilisation de l'email et du fax ne sont pas des supports sécurisés et que les informations personnelles doivent être transmises par des moyens plus sécurisés.

La divulgation de mes renseignements personnels peut également être communiquée à _____ pour lui permettre de me fournir des services de planification de la sécurité financière.

Je comprends, reconnais et accepte que les entreprises que mon représentant exploite et représente en fournissant ou cherchant à fournir des produits ou des services ne me seront en aucun cas responsables des documents «supplémentaires» que je déposerai auprès de mon représentant, et décline toute responsabilité en cas de perte, d'utilisation, de divulgation, de conservation ou de restitution de tels documents. Ceci ne s'applique toutefois pas aux documents ou informations demandés par les sociétés que mon représentant représente en fournissant ou en cherchant à me fournir des produits ou services et que je remets à mon représentant pour qu'il les transmette immédiatement au siège ou aux bureaux administratifs de soit les entreprises que mon représentant représente en fournissant ou en cherchant à me fournir des produits ou des services, selon le cas.

Je comprends que, conformément aux lois applicables et à ma demande, mon représentant me communiquera les informations faisant l'objet de la présente autorisation et que j'ai le droit de demander la correction de ces informations.

Cette autorisation est valable jusqu'à révocation. Je peux révoquer tout ou partie de cette autorisation à tout moment en adressant un avis écrit à mon représentant. Une reproduction de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Date: _____ **Signature du client:** _____

Date: _____ **Signature du client:** _____

Législation canadienne anti-pourriel: consentement exprès.

La Loi canadienne anti-pourriel (LCAP) est entrée en vigueur le 1er juillet 2014 et pourrait affecter notre capacité à vous envoyer un message électronique commercial (MEC) sur des sujets qui vous intéressent, ainsi que des invitations à nos événements. Cochez la case ci-dessous pour accepter de recevoir de notre part (votre représentant et Nord Est Financière Inc.) à l'adresse électronique suivante:

- Oui je suis d'accord. Veuillez écrire votre * adresse email clairement: _____
- Non, je ne suis pas d'accord.

- Oui je suis d'accord. Veuillez écrire votre * adresse email clairement: _____
- Non, je ne suis pas d'accord.

de recevoir tout message électronique commercial, pouvant inclure des communications sur les modifications réglementaires, des nouvelles, des publications, un programme de formation, des informations et des invitations à des événements susceptibles de vous intéresser.

* Si votre adresse e-mail change, ce consentement reste valable jusqu'à votre désinscription ou nous notifiez par écrit à notre adresse ou par e-mail que vous ne souhaitez plus recevoir de CEM.

Pour plus d'informations sur la LCAP, veuillez visiter le site <https://crtc.gc.ca/fra/internet/anti.htm>.

Consentement à être contacté par Nord Est Financière Inc. pour des raisons de la pertinence du produit / service / conseil et de conformité.

Je / nous, _____, avons été informés que Nord Est Financière Inc. fournit à mon conseiller en sécurité financière un soutien en matière de pratiques commerciales, de formation et de conformité.

De plus, pour ma protection personnelle et celle de mon conseiller en sécurité financière, j'autorise Nord Est Financière Inc. et ses agents de conformité à communiquer avec moi au besoin par téléphone ou par courrier électronique afin de discuter avec moi de l'adéquation des services et produits offerts par mon conseiller en sécurité financière.

Date: _____ **Signature du client:** _____

Date: _____ **Signature du client:** _____



AU PROPOS DE VOUS

Informations personnelles

Nom: _____ Nom: _____
Email: _____ Email: _____
Numéro de téléphone: _____ Texte OK? Numéro de téléphone: _____ Texte OK ?
Date de naissance: _____ AAAA/MM/JJ Date de naissance: _____ AAAA/MM/JJ
Adresse: _____ Adresse: _____

Occupation

Compagnie: _____ Compagnie: _____
Position: _____ Position: _____
Numéro de travail: _____ Numéro de travail: _____
Email de travail: _____ Email de travail: _____

Conseillers/Conseillères

Exécuteur de succession: _____ Numéro de téléphone: _____
Procurateur: _____ Numéro de téléphone: _____
Comptable: _____ Numéro de téléphone: _____
Avocat: _____ Numéro de téléphone: _____

Les enfants et l'éducation

Nom de l'enfant: _____ DDN de l'enfant: _____ AAAA/MM/JJ
Nom de l'enfant: _____ DDN de l'enfant: _____ AAAA/MM/JJ
Nom de l'enfant: _____ DDN de l'enfant: _____ AAAA/MM/JJ
Nom de l'enfant: _____ DDN de l'enfant: _____ AAAA/MM/JJ

Revenu désigné pour les allocations familiales. Comment est-ce utilisé ?

- Estimation de la prestation mensuelle de la l'Allocation Canadienne pour Enfants (ACE) pour une famille avec deux enfants: revenu familial de 50,000 - \$700; 75,000 - \$470; 100,000 - \$350
- Estimation mensuelle de l'Allocation Famille du Québec (AFQ) pour une famille avec deux enfants: \$110-\$300

* Les chiffres ci-dessous sont fournis uniquement à des fins d'estimation. Les montants réels des prestations sont déterminés par le gouvernement correspondant.

Total des prestations mensuelles ACE et AFQ: \$ _____ Comment est l'argent investi? _____

Y a-t-il des enfants sans une plan REEE? Oui / Non Plan REEE (Où): _____ Plan Familial / Plan Individuel

Solde du REEE: \$ _____ Contribution mensuelle: \$ _____

Informations financières (toutes les informations sont strictement confidentielles)

DATE: _____ VOUS: _____ CONJOINT: _____

Revenu annuel: _____

Actuellement vous Possédez une maison. Louez. Paiement de loyer mensuel: \$ _____

Valeur de la maison: \$ _____ Solde hypothécaire: \$ _____ Paiement mensuel: \$ _____

Planification du testament: Testament à jour Oui Non Procuration Oui Non

ASSURANCE TOTALE (Gestion des risques)

Assurance vie collective _____

Assurance vie individuelle _____

Assurance maladie grave _____

Assurance invalidité _____

Assurance de soins de longue durée _____

ACTIF TOTAL (à l'exclusion de la résidence principale)

Valeur de rachat en assurance vie _____

Actions / Fonds / Obligations _____

Épargne et CPG _____

REER-s _____

CELI _____

Rentes / FERR-s _____

Immobilier _____

Pension / Participation aux bénéfiques _____

Autres _____

TOTAL DU PASSIF (à l'exclusion de l'hypothèque sur la résidence principale)

Cartes de crédit _____

Prêt auto _____

Ligne de credit _____

Prêt d'investissement _____

Autres _____

VALEUR NETTE (Actif moins passif) \$ _____ \$ _____

Profil de risque

S'il vous plaît sélectionner en un: Je suis prêt à prendre des risques substantiels afin de maximiser mon taux de rendement. Je suis prêt à prendre des risques substantiels afin de maximiser mon taux de rendement.
 Je suis prêt à prendre un risque moyen pour améliorer mon taux de rendement. Je suis prêt à prendre un risque moyen pour améliorer mon taux de rendement.
 Je préfère prendre très peu de risques avec mes investissements. Je préfère prendre très peu de risques avec mes investissements.

Remarques

Date: _____ **Accusé de réception du client:** _____

Date: _____ **Accusé de réception du client:** _____

Date: _____ **Accusé de réception du conseiller:** _____



ANALYSE DES BESOINS EN ASSURANCE VIE

Combien d'assurance-vie est suffisante?

Assurance vie permanente dont vous avez besoin

- Vous: _____ Conjoint: _____
- Montant des dépenses finales.** \$ _____ \$ _____
Frais funéraires, déclaration d'impôt finale, frais de liquidation de la succession, frais de notaire, frais d'homologation.
- Impôt sur les successions.** \$ _____ \$ _____
Avez-vous des comptes enregistrés, des propriétés locatives ou secondaires? Inclure ici l'impôt sur les gains en capital sur les investissements non enregistrés et les biens secondaires et locatifs, ainsi que l'impôt sur le revenu des comptes enregistrés.
- Laisser un legs et / ou donner à un organisme de bienfaisance.** \$ _____ \$ _____
Y a-t-il des personnes, des causes, des organisations ou des œuvres de bienfaisance avec lesquelles vous souhaitez aider ou contribuer?
- Total des besoins en assurance vie permanente:** \$ _____ \$ _____
Ajoutez tout ce qui précède et soustrayez toute assurance vie permanente existante.
Assurance vie permanente existante: _____ \$ (vous); _____ \$ (votre conjoint).

L'assurance vie temporaire dont vous avez besoin

- Votre famille dépend de vos revenus. L'un des principaux objectifs de l'assurance vie est de fournir le capital nécessaire à la pérennité de votre revenu, de manière à répondre aux besoins financiers de votre famille.** \$ _____ \$ _____
- A:** Votre revenu mensuel net est de _____ \$; Votre conjoint: _____ \$.
B: Combien de votre revenu voulez-vous conserver pour votre famille? Il est recommandé de préserver pour votre famille 70% à 100% du revenu. Vous: _____ %; Votre conjoint: _____ %.
Capital nécessaire à la préservation du revenu = A x 12 x B x Le facteur indiqué dans le tableau ci-dessous.

Retour sur investissement	Nombre d'années pendant lesquelles votre famille a besoin de votre revenu. Habituellement, jusqu'à ce que votre conjoint atteigne la retraite. Au minimum, jusqu'à ce que les enfants soient financièrement indépendants.						
	5	10	15	20	25	30	35
1%	4.85	9.47	13.87	18.05	22.02	25.81	29.41
2%	4.71	8.98	12.85	16.35	19.52	22.40	25.00
3%	4.58	8.53	11.94	14.88	17.41	19.60	21.49
4%	4.45	8.11	11.12	13.59	15.62	17.29	18.66
5%	4.33	7.72	10.38	12.46	14.09	15.37	16.37

- Sécurisez votre maison pour votre famille. Assurer le solde de votre hypothèque.** \$ _____ \$ _____
Votre partenaire / vos enfants pourraient ne plus être en mesure de prétendre à une hypothèque une fois que vos revenus ont disparu.
- Voulez-vous laisser votre famille endetté? Assurer l'autre dette personnelle.** \$ _____ \$ _____
Voulez-vous que votre dette à la consommation soit payée pour votre famille? Incluez ici votre prêt auto, vos cartes de crédit, vos marges de crédit et d'autres prêts.
- Autres besoins temporaires en assurance vie.** \$ _____ \$ _____

Les besoins totaux en assurance vie temporaire sont égaux à tous les montants ci-dessus moins:

Assurance vie temporaire existante: _____ \$ (vous); _____ \$ (votre conjoint)
Actifs qui seront liquidés à votre décès, tels que biens immobiliers, épargne, comptes de placement, CELI, produit après impôt de comptes enregistrés qui ne sont pas transférés à votre conjoint. (N'incluez que les biens dont votre famille n'aura plus besoin après votre décès) Montant après impôt des actifs liquidables à votre décès: _____ \$ (vous); _____ \$ (votre conjoint)

Assurance vie totale dont vous avez besoin

Montant total de l'assurance vie. \$ _____ \$ _____
La somme des assurances vie permanentes et temporaires nécessaires.

Date: _____ **Accusé de réception du client:** _____

Date: _____ **Accusé de réception du client:** _____

Date: _____ **Accusé de réception du conseiller:** _____

ANALYSE DES BESOINS EN ASSURANCE INVALIDITÉ

Assurez-vous que vos revenus ne disparaissent pas en cas de maladie ou d'accident.

Option UN: «J'ai besoin d'un remplacement complet du revenu en cas de maladie ou d'accident.»

"Je dois remplacer mon revenu total en cas d'invalidité."

	Vous: _____	Conjoint: _____
<input type="checkbox"/> Votre revenu mensuel net est de: (a)	\$ _____	\$ _____
Votre revenu d'emploi/d'entreprise après les dépenses d'entreprise/d'emploi et les impôts.		
<input type="checkbox"/> Assurance invalidité existante: (b)	\$ _____	\$ _____
Assurance invalidité collective, assurance invalidité personnelle.		
Assurance invalidité totale dont vous avez besoin = a - b	\$ _____	\$ _____

Option DEUX: «Je gagne beaucoup plus que je dépense et épargne à long terme. Je n'ai pas besoin d'un remplacement complet du revenu en cas d'invalidité.»

"Je dois assurer les dépenses régulières et les contributions obligatoires à l'épargne uniquement."

<input type="checkbox"/> Total des dépenses et des contributions d'épargne dont vous avez besoin pour assurer:	\$ _____	\$ _____
Faites la somme des dépenses et des contributions d'épargne ci-dessous.		
Frais de logement (hypothèque ou loyer, taxe foncière, entretien)	\$ _____	\$ _____
Epicerie et articles ménagers	\$ _____	\$ _____
Services publics - électricité, chauffage, eau, etc.	\$ _____	\$ _____
Téléphone, internet, etc.	\$ _____	\$ _____
Activités pour enfants, éducation et autres dépenses	\$ _____	\$ _____
Voyage et divertissement	\$ _____	\$ _____
Prêts et cartes de crédit	\$ _____	\$ _____
Voitures (baux/prêts-auto, essence, réparations, assurance, permis, registration)	\$ _____	\$ _____
Frais d'assurance (santé, vie, vie, etc.)	\$ _____	\$ _____
Vêtements	\$ _____	\$ _____
Autres dépenses	\$ _____	\$ _____
Cotisations à des régimes d'épargne (régimes de retraite, REER, REEE, CELI, fonds d'urgence)	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Assurance invalidité existante: (b)	\$ _____	\$ _____
(assurance invalidité collective, assurance invalidité personnelle)		
Assurance invalidité totale dont vous avez besoin = a - b	\$ _____	\$ _____

Date: _____ Accusé de réception du client: _____

Date: _____ Accusé de réception du client: _____

Date: _____ Accusé de réception du conseiller: _____

ANALYSE DES BESOINS EN ASSURANCE MALADIES GRAVES

Basé sur: le formulaire F13-405F (6) (08-07) de l'Industrielle Alliance: analyse des besoins financiers en cas de maladie grave; Formulaire Sun Life n o DDF-0181-F-1013: Feuille de travail pour l'analyse des besoins en assurance maladies graves.

Être en sécurité financière en période de détresse physique et émotionnelle. Focus sur la récupération. Concentrez sur la récupération.

Si votre famille est touchée par une maladie grave, vous voudrez pouvoir:

	Nom: _____	Nom: _____	Assurance pour un enfant
<input type="checkbox"/> Donnez-vous une meilleure chance de survie: obtenez des soins médicaux rapides, profitez de l'expertise de spécialistes reconnus: Payer pour une clinique privée, des diagnostics / recommandations / soins à l'étranger, des médicaments non assurés. Ces dépenses peuvent varier de 10 000 \$ à plus de 100 000 \$.	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Couvrir les autres frais médicaux, payer le soutien du ménage, s'adapter aux nouveaux besoins spéciaux: Payer les soins à domicile, les soins infirmiers spéciaux, les soins médicaux complémentaires ou alternatifs, la réadaptation; Payer pour la garderie, la garde d'enfants, le nettoyage et la cuisine; Installer des rampes ou des ascenseurs pour fauteuils roulants, réaménager la cuisine et les salles de bain, en assurant un transport spécialisé. Ces dépenses peuvent varier de 0 \$ à plus de 100 000 \$.	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Remplacez votre revenu mensuel et prenez le temps nécessaire pour récupérer complètement: Complétez les prestations d'invalidité si vous êtes admissible à l'invalidité; remplacez votre revenu mensuel pendant un congé non payé. Pendant combien de temps? Il est recommandé de remplacer votre revenu pendant au moins 12 à 18 mois.	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Permettez à votre conjoint de cesser temporairement de travailler et aidez-vous ou votre enfant à récupérer: Remplace son revenu mensuel. Pour combien de temps? Il est recommandé de remplacer le revenu de votre conjoint pendant au moins 6 mois.	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Montant total de l'assurance maladies graves nécessaire: Ajoutez tout ce qui précède et soustrayez toute assurance maladies graves existante. Assurance maladies graves existante: Vous: _____ \$; Votre conjoint: _____ \$.	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Date: _____ Accusé de réception du client: _____

Date: _____ Accusé de réception du client: _____

Date: _____ Accusé de réception du conseiller: _____

ASSURANCE VIE: L'ESSENTIEL.

Protégez ceux que vous aimez. Construisez la richesse de la famille. Établir la base de la sécurité financière pour la prochaine génération. Trouvez le bonheur en donnant.

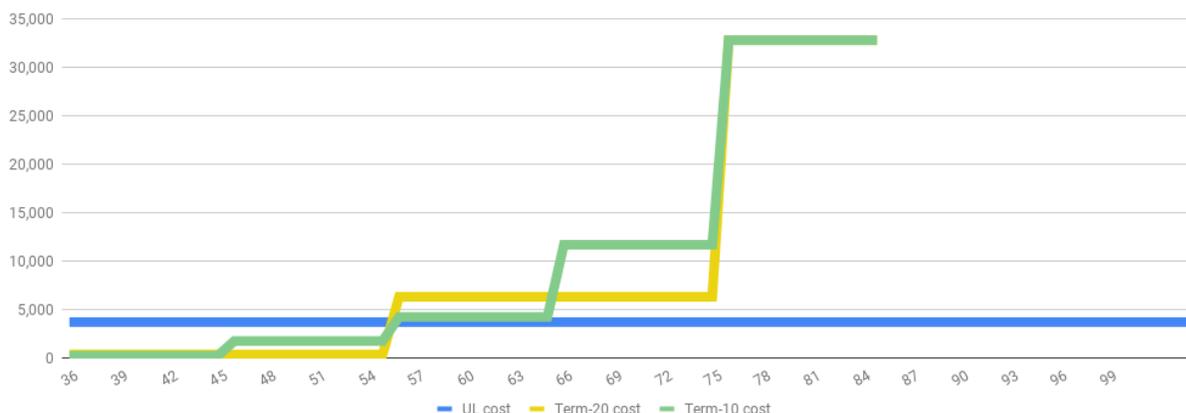
On entend souvent des gens du secteur du conseil financier prêcher «achetez un terme et investissez la différence».

Pourtant, l'un des plus grands regrets des personnes âgées que nous rencontrons est de ne pas avoir souscrit une assurance vie permanente plus tôt dans la vie.

Et les clients les plus heureux que nous connaissons sont ceux qui l'ont fait.

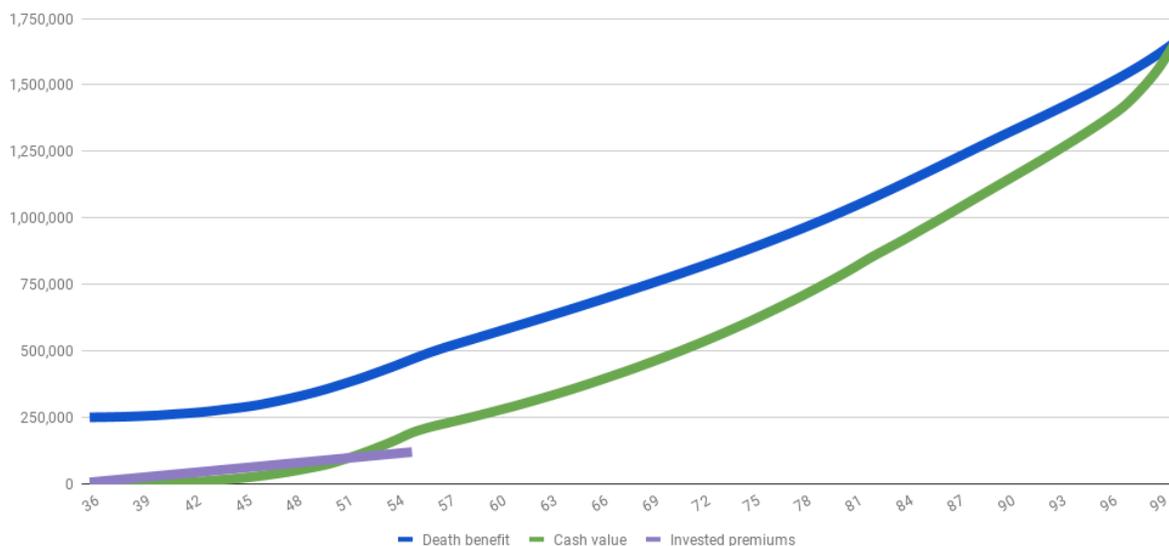
Cost comparison: 500,000 term-10, term-20 and a minimum funded UL for a 35 years old male non-smoker

Used Equitable Life term and universal life products. Date: 6 Oct 2018



20-pay whole life of 250,000 for a 35 years old male non-smoker

Death benefit and cash values are not guaranteed. Product: Equitable Life Equimax Estate Builder 20 Pay. Date: 6 Oct 2018



Cotations d'assurance vie permanente

Recommandation du conseiller	Montant de l'assurance	Prime mensuelle	Compagnie d'assurance

NORD EST FINANCIÈRE INC.

Aider les familles et les entreprises à réussir avec de l'argent.

DISC201806F Réserve à l'usage exclusif des employés et des partenaires de Nord Est Financière Inc.



Cotations pour des combinaisons d'assurance permanente et temporaire

Recommandation du conseiller	Période du terme	Montant de l'assurance temporaire	Montant de l'assurance permanente	Prime mensuelle	Compagnie d'assurance

Cotations d'assurance vie temporaire

Recommandation du conseiller	Période du terme	Montant de l'assurance	Prime mensuelle	Compagnie d'assurance

L'assurabilité est un atout périssable. Cela peut disparaître instantanément. Les prix de l'assurance augmentent avec l'âge et le risque personnel.

Je/Nous, _____, avons été informés par mon/notre conseiller des avantages et des inconvénients du contrat d'assurance-vie et de l'assurance vie permanente. Je comprends que:

- L'assurabilité fait référence à la capacité d'une personne à être approuvée pour une assurance vie. C'est un actif périssable.
- Les prix de l'assurance-vie augmentent avec l'âge. Plus tôt vous achetez une assurance vie, moins c'est cher.
- L'assurance temporaire est plus abordable pour la période initiale, permettant ainsi une couverture plus large.
- L'assurance temporaire peut généralement être renouvelée pour une nouvelle période. La nouvelle prime à terme est toujours supérieure à la prime à terme initiale.
- L'assurance temporaire est généralement convertible en assurance vie permanente avant un âge donné.
- La plupart des produits d'assurance temporaire expirent généralement à 80 ou 85 ans.
- L'assurance temporaire est généralement utilisée pour des besoins temporaires tels que la nécessité de protéger les enfants lorsqu'ils sont financièrement dépendants, la nécessité de protéger le partenaire / le conjoint pendant les années d'emploi ou d'assurer un emprunt hypothécaire. L'assurance vie temporaire est souvent associée à la nécessité de remplacer le revenu d'une personne décédée pour sa famille.
- L'assurance vie permanente coûte plus cher au cours des premières années de propriété que l'assurance temporaire.
- L'assurance vie permanente n'a pas de date d'expiration.
- L'assurance vie entière peut augmenter la valeur de rachat et fournir des liquidités dans les années à venir.
- L'assurance vie permanente sert généralement à constituer le patrimoine familial, à accroître la sécurité financière de la génération suivante, à protéger le patrimoine des impôts, à investir dans un environnement à l'abri de l'impôt, à diversifier les bénéfices non répartis des entreprises, à compléter son plan de retraite transférer des richesses entre générations, donner.

Date: _____ Signature du client: _____

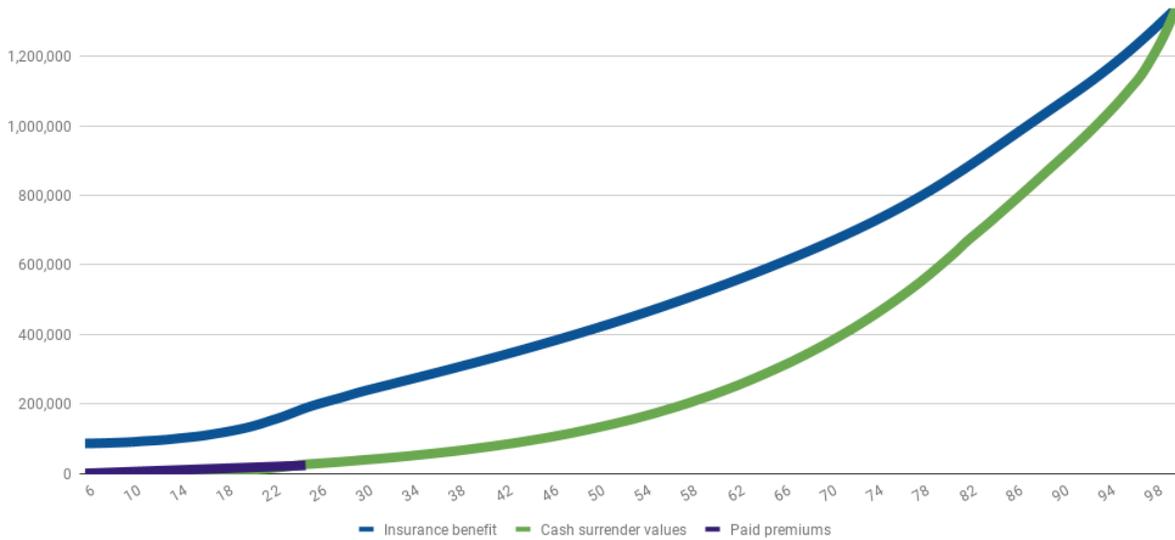
Date: _____ Signature du client: _____

ASSURANCE VIE POUR ENFANTS

Le temps passe vite. À quelle distance dans le futur pouvez-vous voir? Nos décisions d'aujourd'hui programment la vie des générations à venir.

A 20-pay whole life insurance policy of \$100/month for a 5 years old girl

Insurance benefit and cash values are not guaranteed. Product: Equitable Life Equimax Estate Builder 20 Pay. Date: 6 Oct 2018



ASSURANCE INVALIDITÉ: PROTECTION DU REVENU

Dans 43% des ménages canadiens qui travaillent, une personne s'est absentée du travail pour cause d'invalidité. Un Canadien sur trois vivra une période d'invalidité supérieure à 90 jours au cours de sa vie professionnelle.

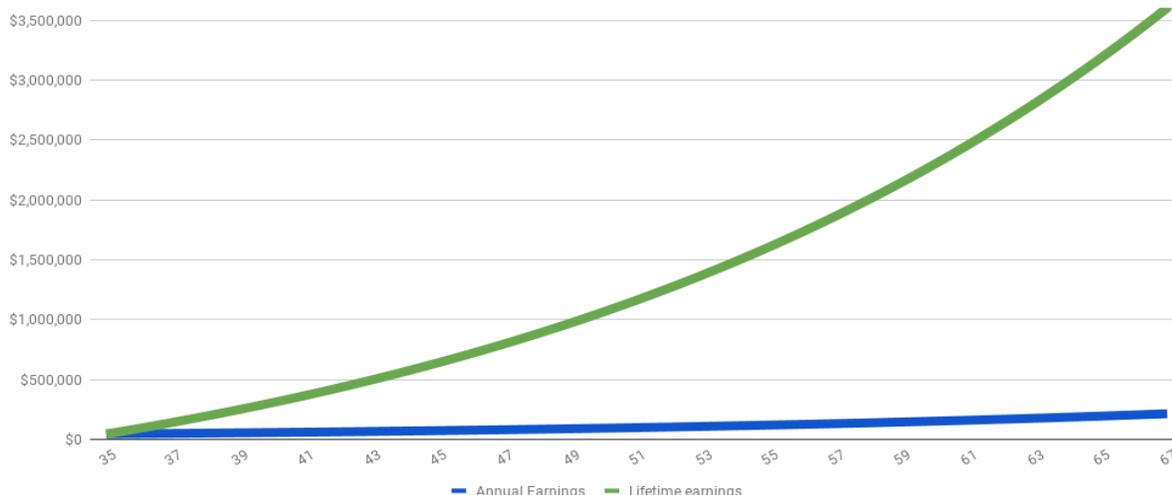
Extrait d'une infographie de RBC Assurances sur l'assurance invalidité présentant les résultats d'un sondage réalisé en juin 2015.

Que se passera-t-il si vous perdez votre revenu pendant 6 mois? Et si vous le perdez pendant 6 ans ... ou jusqu'à 65 ans?

Vos objectifs financiers, vos rêves, vos projets de retraite, l'éducation de vos enfants, votre style de vie, la maison dans laquelle vous vivez, la voiture que vous conduisez, la nourriture que vous mangez, tout dépend de votre revenu. Comment le protégez-vous?

Lifetime earnings of a 35-years-old. Isn't it worth it protecting it?

Current annual salary of \$45,000 indexed by 5%



Cotations d'assurance invalidité

Recommandation du conseiller	Prestation mensuelle	Période d'attente	Période de prestations	Autres avantages / avenants	Prime mensuelle	Compagnie d'assurance

ASSURANCE MALADIES GRAVES: SE CONCENTRER SUR LE RÉTABLISSEMENT

Connaissez-vous quelqu'un qui a eu un cancer, une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral?

- 1 personne sur 4 développera une maladie cardiaque au cours de sa vie
- Une victime d'attaque cardiaque sur 2 a moins de 65 ans
- 75% des victimes survivent à un premier accident vasculaire cérébral
- 1 sur 3 développera une forme de cancer
- Un femme sur 9 développera un cancer du sein
- 50 000 Canadiens souffrent de sclérose en plaques, l'un des taux les plus élevés au monde
- Au Canada, plus de 750 000 personnes pourraient être atteintes de la maladie d'Alzheimer d'ici 2031

Source Statistics: Canadian Cancer Society, Heart and Stroke Foundation of Canada, Multiple Sclerosis Society of Canada, Alzheimer Society of Canada

NORD EST FINANCIÈRE INC.

Aider les familles et les entreprises à réussir avec de l'argent.

DISC201806F Réserve à l'usage exclusif des employés et des partenaires de Nord Est Financière Inc.



Quand une maladie grave frappe, vous voudrez:

Payer un traitement immédiat pour ne pas avoir à attendre des mois avant d’avoir accès aux services médicaux publics.

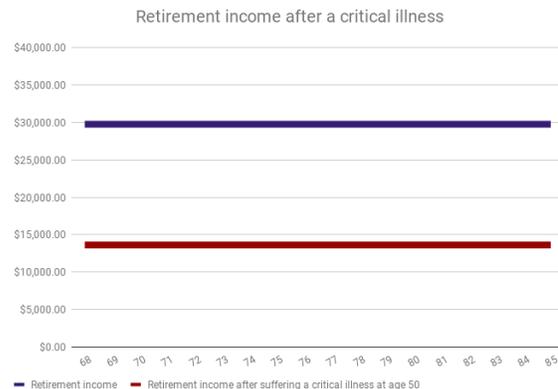
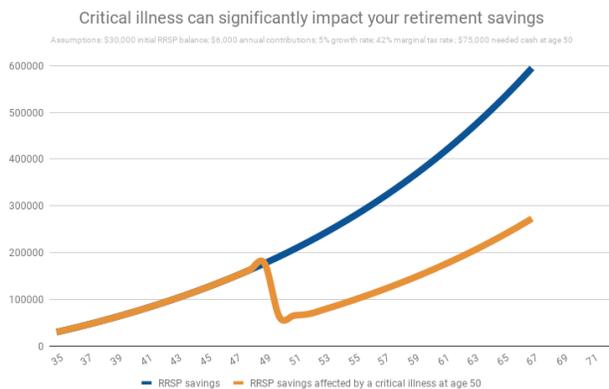
Payer pour les médicaments les plus récents non encore couverts par le régime provincial.

Payer pour l'expertise de spécialistes médicaux reconnus.

Payer pour le besoin accru de services de garde d'enfants et de soins à domicile.

Remplacez le revenu que vous et votre partenaire avez perdu.

Si vous avez d'épargne, vous les utiliseriez... et votre plan de retraite sera touché. Si vous n'avez pas d'épargne,...?



Hypothèses: solde initial de 30 000 \$ du REER; Contributions annuelles de 6 000 \$; Taux de croissance de 5%; Taux d'imposition marginal de 42%; 75 000 \$ nécessaires à 50 ans.

L'assurance maladies graves est là pour vous aider à récupérer et à reconstruire votre vie.

Combien ça coûte?

Primes mensuelles pour Manuvie (assurance maladies graves Chèque-vie) de 100 000 \$ à terme terme, à compter d'octobre 2018.

Âge	Femelle		Mâle	
	Non fumeur	Fumeur	Non fumeur	Fumeur
30	\$29.40	\$31.62	\$30.39	\$39.76
35	\$34.98	\$47.68	\$35.53	\$55.51
40	\$47.67	\$76.57	\$48.07	\$83.05
45	\$66.67	\$119.48	\$67.97	\$138.40
50	\$86.65	\$173.39	\$100.94	\$235.42

Cotations d'assurance maladies graves

Recommandation du conseiller	Terme	Montant de l'assurance	Prime mensuelle	Compagnie d'assurance

ASSURANCE EXISTANTE

Votre conseiller en assurance doit connaître votre situation en matière de sécurité financière afin de vous fournir des conseils de haute qualité, adaptés à vos besoins et à vos désirs.

Veillez énumérer toutes vos polices d'assurance en vigueur ici:

Assuré	Type de police (vie, AI, AMG)	Période du terme	Montant de l'assurance	Année d'établissement	Assureur

Je / nous, _____, refusons de fournir des détails sur nos polices d'assurance existantes. Nous comprenons qu'en agissant de la sorte, nous affectons négativement la qualité des conseils que nous pouvons nous attendre à recevoir.

Date: _____ Signature du client: _____

Date: _____ Signature du client: _____

Envisagez-vous de résilier l'une des assurances en vigueur ou avez-vous récemment annulé une assurance?

Oui. Dites-nous lequel et pourquoi: _____

Non.

Votre conseiller vous a-t-il proposé d'annuler ou de modifier une police, un avenant ou une assurance que vous avez actuellement en vigueur?

Oui. Dites-nous lequel et pourquoi: _____

Non.

Date: _____ Signature du client: _____

Date: _____ Signature du client: _____

À QUOI CETTE ASSURANCE SERT-ELLE ?

Basé sur le formulaire ivari n° LP1868FR 8/18, Sommaire du régime d'assurance / À quoi cette assurance sert-elle?

Sachez comment vous êtes protégé et pourquoi (à signer par le client au plus tard à la date de livraison de la police).

Titulaire de police : _____ **Numéro de police :** _____

Je vous félicite de l'initiative que vous avez prise de protéger votre famille et votre bien-être financier. Votre nouveau contrat d'assurance émis par _____ (nom de la compagnie d'assurance) procure d'excellents avantages et garanties et, surtout, prévoit une protection financière supplémentaire pour vous et vos êtres chers.

L'analyse de vos besoins a révélé la nécessité de combler des besoins particuliers en matière d'assurance, d'où votre décision de souscrire cette police. Voici un résumé de nos discussions et conclusions, lesquelles ont abouti à la souscription de votre nouvelle couverture d'assurance.

But de l'assurance.

Raisons pour lesquelles vous avez souscrit une assurance :

Montant recommandé basé sur l'analyse des besoins: _____

Montant souscrit: _____

Assurance manquante (le cas échéant): _____

Remplacement d'autres polices d'assurance / avenants / prestations d'assurance détenues à titre personnel.

- Lors de la vente de cette nouvelle police, je ne vous ai jamais proposé, suggéré, ni de manière directe ou indirecte de vous faire annuler une autre police / avenant / assurance / assurance personnelle que vous avez ou avez eue récemment.
- J'ai proposé que vous annuliez police / avenant / avantage # _____ avec _____ (compagnie d'assurance) et le remplacer par le nouveau contrat proposé pour les raisons suivantes:

_____.

Un **Avis de Remplacement** a été complété, présenté et expliqué lors de la signature de la demande pour la nouvelle police afin que vous puissiez la comparer correctement à la police remplacée.

Renseignements sur la police .

Type de police: _____ Terme: _____ Date d'expiration de l'option d'échange à terme: _____

Prime actuelle: \$ _____ Date de renouvellement: _____ Prime de renouvellement: \$ _____

Pendant combien de temps les coûts de votre assurance de base sont-ils garantis?: _____ (nombre d'années)

Date d'expiration (le cas échéant): _____ Date d'expiration de l'option de conversion (le cas échéant): _____

Nom(s) du ou des bénéficiaire(s): _____

Y a-t-il eu un ajout de garanties (exonération des primes en cas d'invalidité, assurance d'enfants, etc.)?

Autres coûts requis (surprime pour raisons médicales ou autres) :

Besoins futurs.

Protection supplémentaire abordée lors de la rencontre (assurance contre les maladies, assurance manquante, etc.):

But du prochain rendez-vous:

Mon engagement envers vous:

Pour faire suite à notre entente de services, je m'engage à vous rencontrer régulièrement afin de passer en revue vos besoins en matière de protection. Veuillez m'informer de tout changement touchant votre situation familiale ou financière.

Nom du conseiller: _____ **Numéro de téléphone:** _____

Date: _____ **Signature du conseiller:** _____

Date: _____ **Signature du client:** _____

Date: _____ **Signature du client:** _____



POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT. NE PAS FOURNIR AUX CLIENTS.

OUTIL D'ÉVALUATION DU RISQUE CLIENT

Lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme.

Cet outil est utilisé pour consigner l'évaluation des risques liés à un client lorsque des caractéristiques à risque élevé automatique sont présentes ou s'il y a des indicateurs de risque élevé potentiel au moment de l'accueil ou lors d'un contrôle.

Inscrivez dans l'encadré ci-après ce qui justifie l'attribution de ce niveau de risque pour le client.

Caractéristiques de présence automatique d'un risque élevé – Si l'un des indicateurs figurant ci-après est présent, le client est à risque élevé.

- Un étranger politiquement vulnérable
- Un client pour lequel une déclaration d'opération douteuse ou de financement d'activités terroristes a été présentée
- Un client qui a été identifié comme terroriste
- Un client pour qui nous ne sommes pas en mesure d'obtenir les renseignements sur les bénéficiaires effectifs
- Un client dont le compte comporte des transactions entrantes et sortantes avec la Corée du Nord (sans égard au montant)

Indicateurs de risque élevé potentiel

Si l'un des indicateurs de risque élevé potentiel indiqués ci-après est présent, une autre évaluation des risques liés au client est effectuée. Une évaluation supplémentaire suppose qu'il faut tenir compte d'autres renseignements sur le client indiqués ci-après. Un seul des indicateurs peut être suffisant pour que le client soit évalué comme représentant un risque élevé et, en règle générale, s'il y a trois indicateurs ou plus, le client devrait être considéré comme à risque élevé par défaut. Cela peut varier selon notre connaissance d'autres facteurs dans le profil du client, comme les produits qu'il détient, la longévité de la relation avec celui-ci, la provenance des fonds, etc.

Caractéristiques du client, produit, service, mode de prestation :

- National politiquement vulnérable, dirigeant d'une organisation internationale et personne étroitement associée
- Paiements de primes ou dépôts effectués par ordre électronique à partir de territoires situés à l'étranger
- Implication d'un tiers sans motif raisonnable
- Profession – professions à risque élevé (entreprises dont les activités reposent grandement sur les opérations en espèces, entreprises extraterritoriales, entreprises qui exercent des activités dans des pays à risque élevé, jeu en ligne, entreprises de services monétaires, sociétés d'importation / d'exportation)
- Structure de l'entreprise ou opérations du client qui semblent inhabituellement complexes
- Identification du client à distance sans motif valable
- Participation de gardiens (c.-à-d. comptables, avocats) sans motif valable

Géographie :

- Le client réside hors de la région locale ou normale des clients
- Le client réside dans une région reconnue pour la criminalité
- Le client exerce des activités extraterritoriales ou détient des sociétés prête-nom / de portefeuille dans des paradis fiscaux reconnus
- Le client effectue des opérations ou il a des liens avec des pays à risque élevé

Autres indicateurs d'opérations douteuses :

- Le volume, le moment ou la complexité des opérations ne correspondent pas à l'objectif de la police ou du compte

NORD EST FINANCIÈRE INC.

Aider les familles et les entreprises à réussir avec de l'argent.

DISC201806F Réserve à l'usage exclusif des employés et des partenaires de Nord Est Financière Inc.

- La valeur des dépôts ne cadre pas avec la profession ou avec la provenance des fonds
- Des indicateurs d'opérations douteuses décrits dans la Partie A – Renseignements généraux sont présents

Indicateurs généraux

Voici quelques exemples d'indicateurs généraux qui pourraient nous amener à soupçonner qu'une transaction est liée à une infraction de blanchiment d'argent ou de financement d'activités terroristes. Il ne s'agira pas seulement d'un de ces facteurs, mais d'une combinaison de plusieurs facteurs conjointement avec ce qui est normal et raisonnable dans les circonstances de la transaction ou de la tentative de transaction.

- Le client admet ou fait des déclarations concernant sa participation à des activités criminelles
- Le client produit une documentation apparemment fausse qui semble être contrefaite, altérée ou inexacte
- Le client ne souhaite pas que la correspondance soit envoyée à son domicile
- Le client semble avoir des comptes avec plusieurs institutions financières dans un domaine sans raison apparente
- Le client utilise à plusieurs reprises une adresse mais change fréquemment le nom concerné
- Le client est accompagné et surveillé
- Le client montre une curiosité peu commune au sujet des contrôles et des systèmes internes
- Le client présente des détails confus sur la transaction
- Le client fait des demandes qui indiqueraient un désir d'éviter de signaler
- Le client est impliqué dans une activité inhabituelle pour cet individu ou cette entreprise
- Le client insiste pour qu'une transaction soit effectuée rapidement
- Le client semble très familier avec les problèmes de blanchiment d'argent ou de financement d'activités terroristes
- Le client refuse de produire des documents d'identité personnels
- Le client se rend fréquemment dans un pays à haut risque

Exemples spécifiques à l'industrie

- Le client souhaite utiliser des espèces pour une transaction importante
- Le client propose d'acheter un produit d'assurance en utilisant un chèque tiré sur un compte autre que son compte personnel
- Le client demande un produit d'assurance qui n'a pas d'objectif perceptible et hésite à divulguer la raison de l'investissement
- Le client qui a d'autres petites assurances ou transactions basées sur une structure de paiement régulière fait une demande soudaine pour acheter une assurance substantielle avec un paiement forfaitaire
- Le client effectue une transaction qui se traduit par une augmentation notable des contributions d'investissement
- L'échelle d'investissement dans les produits d'assurance est incompatible avec le profil économique du client
- Modification imprévue / incohérente des conditions contractuelles du client, y compris des recharges importantes ou régulières
- Dépôt imprévu de fonds ou retrait brutal de fonds
- Participation d'un ou plusieurs tiers au paiement des primes ou à toute autre question concernant la police
- Paiement en trop d'une prime d'assurance avec demande ultérieure de remboursement de l'excédent à un tiers
- Les fonds utilisés pour payer les primes des polices ou les dépôts proviennent de différentes sources
- Utilisation du produit d'assurance-vie d'une manière qui ressemble à l'utilisation d'un compte bancaire, à savoir le paiement de primes supplémentaires et rachats partiels fréquents
- Le client annule l'investissement ou l'assurance peu de temps après l'achat
- Le remboursement anticipé a lieu en l'absence d'explication raisonnable ou de manière non rentable.
- Le client manifeste plus d'intérêt pour l'annulation ou la remise d'un contrat d'assurance que pour les résultats à long terme des investissements ou les coûts liés à la résiliation du contrat
- Le client effectue des paiements avec de petites coupures, rarement emballées, avec des mandats postaux ou des moyens de paiement similaires
- La durée du contrat d'assurance-vie est inférieure à trois ans
- La première (ou unique) prime est payée à partir d'un compte bancaire en dehors du pays
- Le client accepte des conditions très défavorables sans rapport avec sa santé ou son âge
- La transaction implique l'utilisation et le paiement d'une garantie de bonne exécution aboutissant à un paiement transfrontalier
- Changements répétés et inexpliqués du bénéficiaire
- La relation entre le preneur d'assurance et le bénéficiaire n'est pas clairement établie

Consignez votre évaluation accompagnée de votre justification ici. Des notes du contrôle continu peuvent aussi être saisies ici.