



## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

Nom de la proposante ou du proposant, ou encore de la titulaire ou du titulaire

Numéro de contrat, de proposition d'assurance ou de demande de souscription

Le présent formulaire doit être rempli lorsque le titulaire est une entreprise ou une organisation.

**Veillez remplir toutes les sections applicables.**

### 1. Identification de l'entité

Veillez remplir la section applicable :

- a) société par actions
- b) entreprise à propriétaire unique/partenariat/association/syndicat
- c) organisme sans but lucratif
- d) succession ou fiducie

#### a) Société par actions

Dénomination sociale complète de l'entreprise		Numéro d'entreprise ou numéro d'entreprise du Québec	
Numéro de constitution		Compétence (fédérale ou provinciale)	
Adresse (numéro municipal et nom de la rue)			Ville
Province	Code postal	Adresse courriel	
Veillez fournir une description de l'activité principale de l'entreprise (dans le cas d'une société de portefeuille, veuillez décrire la nature des entreprises dont elle est responsable)			
Exercez-vous d'autres activités commerciales sous d'autres noms? Veuillez les énumérer :			

J'ai joint la preuve suivante de l'existence de l'entreprise (vous devez en choisir au moins une) :

- une copie des statuts constitutifs     le permis d'exploitation d'un commerce
- l'enregistrement de nom d'entreprise ou les résultats de la recherche d'une entreprise

De plus, j'ai annexé les dossiers de disposition concernant le pouvoir d'engager la société (personnes ayant l'autorité de signer au nom de la société). (Veillez choisir et annexer au moins une copie.) :

- une copie de nos règlements     la résolution la plus récente des dirigeants concernant les signataires autorisés
- le formulaire Certificat des signataires autorisés (n° 2004FR)

Veillez indiquer le nom des dirigeants de la société

Nom	Nom
Nom	Nom



## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

### 1. Identification de l'entité (suite)

#### b) entreprise à propriétaire unique/partenariat/association/syndicat

Nom au complet de l'entité		Numéro d'entreprise ou numéro d'entreprise du Québec	
Numéro d'enregistrement (le cas échéant)		Compétence (fédérale ou provinciale)	
Adresse (numéro municipal et nom de la rue)			Ville
Province	Code postal	Adresse courriel	
Veuillez fournir une description de l'activité principale de l'entreprise (dans le cas d'une société de portefeuille, veuillez décrire la nature des entreprises dont elle est responsable)			

Veuillez indiquer le nom des dirigeants de l'organisation :

Nom	Nom
Nom	Nom

Veuillez joindre l'un des documents suivants selon le cas :

**Entreprise à propriétaire unique :**

une copie du permis d'exploitation d'un commerce ou de l'enregistrement de nom de l'entreprise (non exigée si le nom de la compagnie est le nom exact de la propriétaire ou du propriétaire)

**Association :**

une copie des règlements administratifs, de la convention d'association ou du contrat nominal (Québec)

**Syndicat :**

une copie de la plus récente convention collective

**Partenariat :**

une copie de l'entente de partenariat



## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

### 1. Identification de l'entité (suite)

#### c) Organisme sans but lucratif (constitué en société ou non)

Nom au complet de l'organisme sans but lucratif		
Numéro de constitution (le cas échéant)		Compétence (fédérale ou provinciale)
Adresse (numéro municipal et nom de la rue)		Ville
Province	Code postal	Adresse courriel
Veuillez fournir une description de l'activité principale de l'entreprise (dans le cas d'une société de portefeuille, veuillez décrire la nature des entreprises dont elle est responsable)		

#### J'ai joint l'un des documents suivants (s'il y a lieu) :

- une copie des statuts constitutifs     le permis d'exploitation d'un commerce  
 le numéro d'enregistrement de nom d'entreprise ou de recherche de nom d'entreprise

l'entreprise fait-elle la demande de dons de bienfaisance auprès du public?     Oui     Non

L'organisme est-il une œuvre de bienfaisance enregistrée auprès de l'Agence du revenu du Canada?     Oui     Non

Dans l'affirmative, indiquer le numéro d'enregistrement \_\_\_\_\_

#### Veuillez indiquer le nom des dirigeants de l'organisme :

Nom	Nom
Nom	Nom

#### d) Succession ou fiducie

Veuillez remplir les renseignements suivants pour tous les fiduciaires ou les exécuteurs testamentaires, les bénéficiaires et les constituants d'une fiducie ou d'une succession :

Veuillez indiquer le choix approprié :	Nom	Adresse
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		

J'ai joint une preuve de l'existence de l'entreprise (vous devez en choisir au moins une) :

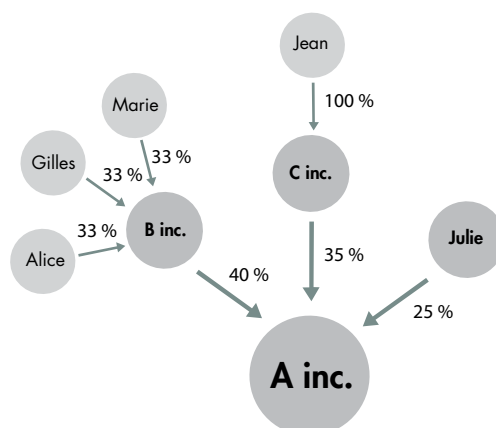
- l'accord ou l'acte de fiducie     le testament ou les documents successoraux



## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

### 2. Structure de propriété et propriété bénéficiaire

Si l'entité est complexe et comporte plusieurs niveaux de propriété, veuillez joindre un organigramme indiquant la structure complète. Si l'entité est détenue par une autre entité, l'organigramme devrait indiquer la participation financière des personnes qui détiennent ou contrôlent l'entité. À titre d'exemple, si A inc. est titulaire du contrat d'assurance :



La propriétaire ou le propriétaire bénéficiaire désigne un particulier qui possède, directement ou indirectement, 25 % ou plus de l'entreprise ou de l'entité et exerce un contrôle sur un tel pourcentage de parts. Veuillez remplir la section ci-dessous pour chaque propriétaire bénéficiaire.

Personne ne possède, directement ou indirectement, 25 % ou plus de l'entreprise ou de l'entité mentionnée ci-dessus ni n'exerce de contrôle sur un tel pourcentage de parts.

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)		Adresse personnelle (numéro municipal et nom de la rue)	
Contrôle (%)	Ville	Province	Code postal
Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)		Adresse personnelle (numéro municipal et nom de la rue)	
Contrôle (%)	Ville	Province	Code postal
Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)		Adresse personnelle (numéro municipal et nom de la rue)	
Contrôle (%)	Ville	Province	Code postal

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir les renseignements de toute personne propriétaire bénéficiaire, veuillez expliquer pourquoi :

### 3. Vérification de l'identité

Veuillez utiliser cette section à des fins de vérification de l'identité de tout individu détenant l'autorité de signer ou de donner une orientation au profit de l'entité ou des groupements sans personnalité morale en ce qui a trait au numéro de proposition d'assurance, de demande de souscription ou de contrat mentionné ci-dessus.

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)

Adresse personnelle



## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

### 3. Vérification de l'identité

Veillez choisir l'une des méthodes de vérification de l'identité suivantes (A ou B) :

A) En personne :

Votre identité canadienne doit être vérifiée par votre conseillère ou votre conseiller. Veuillez choisir l'une des pièces d'identité suivantes : permis de conduire provincial, carte provinciale avec photo (sauf la carte d'assurance maladie provinciale), passeport, carte de citoyenneté (délivrée avant 2012), carte de résident permanent ou certificat sécurisé de statut d'Indien.

Confirmation de la conseillère ou du conseiller :

À titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la titulaire ou le titulaire, j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire. Veuillez préciser :

Type de pièce d'identité	Numéro d'identification	Territoire de compétence ou pays de délivrance	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)	Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa)

B) À distance :

Veillez utiliser cette méthode lorsque la conseillère ou le conseiller n'est pas présent au moment de vérifier l'identité.

Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone à domicile

Je, personne signataire autorisée indiquée ci-dessus, consens à ce que l'Assurance vie Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services.

Veillez utiliser cette section à des fins de vérification de l'identité de tout individu détenant l'autorité de signer ou de donner une orientation au profit de l'entité ou des groupements sans personnalité morale en ce qui a trait au numéro de proposition d'assurance, de demande de souscription ou de contrat mentionné ci-dessus.

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)

Adresse personnelle

Veillez choisir l'une des méthodes de vérification de l'identité suivantes (A ou B) :

A) En personne :

Votre identité canadienne doit être vérifiée par votre conseillère ou votre conseiller. Veuillez choisir l'une des pièces d'identité suivantes : permis de conduire provincial, carte provinciale avec photo (sauf la carte d'assurance maladie provinciale), passeport, carte de citoyenneté (délivrée avant 2012), carte de résident permanent ou certificat sécurisé de statut d'Indien.

Confirmation de la conseillère ou du conseiller :

À titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la titulaire ou le titulaire, j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire. Veuillez préciser :

Type de pièce d'identité	Numéro d'identification	Territoire de compétence ou pays de délivrance	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)	Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa)

B) À distance :

Veillez utiliser cette méthode lorsque la conseillère ou le conseiller n'est pas présent au moment de vérifier l'identité.

Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone à domicile

Je, personne signataire autorisée indiquée ci-dessus, consens à ce que l'Assurance vie Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services.



## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

### 3. Vérification de l'identité (suite)

Veillez utiliser cette section à des fins de vérification de l'identité de tout individu détenant l'autorité de signer ou de donner une orientation au profit de l'entité ou des groupements sans personnalité morale en ce qui a trait au numéro de proposition d'assurance, de demande de souscription ou de contrat mentionné ci-dessus.

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)

Adresse personnelle

Veillez choisir l'une des méthodes de vérification de l'identité suivantes (A ou B) :

A) En personne :

Votre identité canadienne doit être vérifiée par votre conseillère ou votre conseiller. Veuillez choisir l'une des pièces d'identité suivantes : permis de conduire provincial, carte provinciale avec photo (sauf la carte d'assurance maladie provinciale), passeport, carte de citoyenneté (délivrée avant 2012), carte de résident permanent ou certificat sécurisé de statut d'Indien.

Confirmation de la conseillère ou du conseiller :

À titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la titulaire ou le titulaire, j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire. Veuillez préciser :

Type de pièce d'identité	Numéro d'identification	Territoire de compétence ou pays de délivrance	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)	Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa)

B) À distance :

Veillez utiliser cette méthode lorsque la conseillère ou le conseiller n'est pas présent au moment de vérifier l'identité.

Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone à domicile

Je, personne signataire autorisée indiquée ci-dessus, consens à ce que l'Assurance vie Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services.

### 4. Déclaration de la résidence fiscale

Veillez choisir toutes les options qui concernent l'entité.

L'entité est résidente du Canada aux fins de l'impôt. Si l'entité est une fiducie, veuillez indiquer le numéro de compte de la fiducie.

Numéro de compte de fiducie : T-\_\_\_\_\_

L'entité est résidente aux États-Unis aux fins de l'impôt.

L'entité est résidente d'un territoire de compétence autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.

Territoire de compétence de la résidence fiscale : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification fiscal (NIF) ou l'équivalent fonctionnel :

Si l'entité ne possède pas de NIF ou d'équivalent fonctionnel pour un territoire de compétence en particulier, veuillez choisir l'une des raisons suivantes :

a) L'entité fera la demande ou a fait la demande d'un NIF, mais ne l'a pas encore reçu.

b) Le territoire de compétence de la résidence fiscale de l'entité n'émet pas de NIF à ses résidents.

c) Autre raison : \_\_\_\_\_



## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

### 5. Classification de l'entité

Pour de plus amples renseignements sur la classification d'entités, veuillez consulter la conseillère ou le conseiller fiscal de l'entité ou autre conseiller, ou encore visiter le site [www.cra-arc.gc.ca/tx/nrdsnts/nhncdrprng/nts-fra.html](http://www.cra-arc.gc.ca/tx/nrdsnts/nhncdrprng/nts-fra.html).

Veuillez cocher toutes les cases appropriées.

#### Section 5.1 – L'entité est-elle une institution financière?

Non. Passer à la section 5.3.  Oui. Veuillez indiquer le numéro d'identification d'intermédiaire mondial (GIIN) et passer à la section 5.2.

GIIN : \_\_\_\_\_ Si l'entité ne possède pas de GIIN, veuillez en indiquer la raison.

#### Section 5.2 – L'institution financière satisfait-elle à toutes ces exigences?

- Elle est résidente dans un territoire de compétence (ou juridiction) non-partenaire (voir le lien : [www.cra-arc.gc.ca/tx/nrdsnts/nhncdrprng/crs/jrdsctns-fra.html](http://www.cra-arc.gc.ca/tx/nrdsnts/nhncdrprng/crs/jrdsctns-fra.html) pour la liste des territoires de compétence partenaires).
- Au moins 50 % de son revenu brut provient de l'investissement ou de la négociation d'actifs financiers.
- Elle est gérée par une autre institution financière.

Non. Passer à la section 7.  Oui. Remplir la section 6 - Renseignements sur les personnes détenant le contrôle.

#### Section 5.3 – L'entité est-elle une personne désignée des États-Unis?

Non. Passer à la section 5.4.  Oui. Veuillez indiquer le TIN des États-Unis et passer à la section 5.4. \_\_\_\_\_

Si vous ne possédez pas de TIN des États-Unis, en avez-vous fait la demande?  Oui  Non

TIN des États-Unis

#### Section 5.4 – L'entité est-elle une société d'immeuble en copropriété?

Une société d'immeuble en copropriété doit satisfaire aux exigences suivantes :

- l'entité est exonérée d'impôt en vertu de l'article 149 de la *Loi de l'impôt sur le revenu*;
- le compte doit servir uniquement à couvrir les coûts d'un condominium ou d'une coopérative d'habitation;
- les sommes détenues dans le compte doivent servir uniquement à payer les dépenses liées au condominium ou à la coopérative d'habitation;
- aucun propriétaire unique ne peut cotiser un montant de plus de 50 000 \$ US ou pas plus de 20 % des cotisations annuelles et totales exigibles dans l'année sont imputables à une seule personne.

Non. Passer à la section 5.5.  Oui. Passer à la section 7.

#### Section 5.5 – Veuillez cocher l'option qui représente le mieux votre entité :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> L'entité est une société dont les actions sont régulièrement négociées sur un marché boursier réglementé. Elle peut aussi être une société qui est liée à cette société. Dans ce cas, passer à la section 7.     | <input type="checkbox"/> L'entité est un gouvernement, une banque centrale ou une organisation internationale (ou une agence de l'une des entités nommées précédemment). Dans ce cas, passer à la section 7. |
| <input type="checkbox"/> L'entité exploite activement un commerce ou une entreprise – moins de 50 % de son revenu brut est un revenu passif et moins de 50 % de ses actifs génèrent un revenu passif. Dans ce cas, passer à la section 7. | <input type="checkbox"/> L'entité est une entité non financière active autre que celle décrite dans les trois options précédentes. Dans ce cas, passer à la section 7.                                       |
|   | <input type="checkbox"/> L'entité est une entité non financière passive. Dans ce cas, remplir la section 6 – Personnes détenant le contrôle.   |



## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

### 6. Renseignements sur les personnes détenant le contrôle

Veillez remplir cette section si l'une ou plusieurs des réponses indiquées dans les sections 5.2 ou 5.5 vous demandaient de remplir la section 6 – Renseignements sur les personnes détenant le contrôle. Sinon, poursuivre à la section 7 – Signature et déclaration des proposants ou titulaires.

Identification des personnes détenant le contrôle :

- Dans le cas des fiducies, les personnes détenant le contrôle sont les fiduciaires, les bénéficiaires et les constituants.
- Dans le cas des sociétés et des autres entités, les personnes détenant le contrôle sont tous les particuliers qui possèdent, directement ou indirectement, 25 % ou plus de l'entité et exercent un contrôle sur un tel pourcentage de parts.
- Si aucun particulier n'est identifié comme exerçant le contrôle, veuillez fournir des renseignements sur la dirigeante ou le dirigeant principal de l'entité.

Veillez joindre une liste séparée si les renseignements de plus de deux personnes détenant le contrôle étaient nécessaires.

Personne détenant le contrôle 1		
Nom de famille	Prénom et initiale du ou des prénoms supplémentaires	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Type de personne détenant le contrôle (ne choisir qu'une seule option) :		
<input type="checkbox"/> Propriétaire directe ou direct d'une société par actions ou autre personne morale	<input type="checkbox"/> Équivalent d'une constituante ou d'un constituant d'une structure juridique autre qu'une fiducie	
<input type="checkbox"/> Propriétaire indirecte ou indirect d'une société par actions ou autre personne morale (par un intermédiaire)	<input type="checkbox"/> Équivalent d'une fiduciaire ou d'un fiduciaire d'une structure juridique autre qu'une fiducie	
<input type="checkbox"/> Propriétaire directe ou direct, directrice ou directeur, dirigeante ou dirigeant d'une société par actions ou autre personne morale	<input type="checkbox"/> Équivalent d'une protectrice ou d'un protecteur d'une structure juridique autre qu'une fiducie	
<input type="checkbox"/> Constituante ou constituant d'une fiducie	<input type="checkbox"/> Équivalent d'une bénéficiaire ou d'un bénéficiaire d'une structure juridique autre qu'une fiducie	
<input type="checkbox"/> Fiduciaire d'une fiducie	<input type="checkbox"/> Équivalent d'une personne détenant le contrôle d'une structure juridique autre qu'une fiducie	
<input type="checkbox"/> Protectrice ou protecteur d'une fiducie		
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'une fiducie		
<input type="checkbox"/> Autre personne détenant le contrôle d'une fiducie		
Adresse personnelle permanente		
Numéro d'appartement – numéro et rue		Ville
Province, territoire, État ou sous-entité	Pays ou territoire de compétence	Code postal ou code ZIP
Adresse postale (seulement si elle est différente de l'adresse personnelle permanente)		
Numéro d'appartement – numéro et rue		Ville
Province, territoire, État ou sous-entité	Pays ou territoire de compétence	Code postal ou code ZIP





## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

### 6. Renseignements sur les personnes détenant le contrôle (suite)

#### Déclaration de la résidence fiscale

Veuillez choisir toutes les options qui vous concernent.

**La personne détenant le contrôle est résidente du Canada aux fins de l'impôt.** Si vous avez coché cette case et que la personne détenant le contrôle est également citoyenne des États-Unis ou également résidente d'un pays autre que le Canada, veuillez fournir le numéro d'assurance sociale de la personne détenant le contrôle.

Numéro d'assurance sociale (NAS) : \_\_\_\_\_

**La personne détenant le contrôle est résidente ou citoyenne des États-Unis aux fins de l'impôt.** Si vous avez coché cette case, veuillez indiquer le numéro d'identification fiscal des États-Unis (TIN) ou l'équivalent fonctionnel.

TIN des États-Unis : \_\_\_\_\_

Si la personne détenant le contrôle ne possède pas de TIN des États-Unis, en a-t-elle fait la demande?  Oui  Non

**La personne détenant le contrôle est résidente aux fins de l'impôt d'un territoire de compétence autre que le Canada ou les États-Unis.** Si vous avez coché cette case, veuillez fournir les renseignements suivants :

Territoire de compétence de la résidence fiscale : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification fiscal (NIF) ou l'équivalent fonctionnel : \_\_\_\_\_

Si l'entité ne possède pas de NIF pour un territoire de compétence en particulier, veuillez choisir l'une des raisons suivantes :

a) Je ferai la demande ou j'ai fait la demande d'un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu.

b) Le territoire de compétence de ma résidence fiscale n'émet pas de NIF à ses résidents.

c) Autre raison : \_\_\_\_\_

#### Personne détenant le contrôle 2

Nom de famille	Prénom et initiale du ou des prénoms supplémentaires	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
----------------	--	--------------------------------

Type de personne détenant le contrôle (ne choisir qu'une seule option) :

Propriétaire directe ou direct d'une société par actions ou autre personne morale

Propriétaire indirecte ou indirect d'une société par actions ou autre personne morale (par un intermédiaire)

Propriétaire directe ou direct, directrice ou directeur, dirigeante ou dirigeant d'une société par actions ou autre personne morale

Constituante ou constituant d'une fiducie

Fiduciaire d'une fiducie

Protectrice ou protecteur d'une fiducie

Bénéficiaire d'une fiducie

Autre personne détenant le contrôle d'une fiducie

Équivalent d'une constituante ou d'un constituant d'une structure juridique autre qu'une fiducie

Équivalent d'une fiduciaire ou d'un fiduciaire d'une structure juridique autre qu'une fiducie

Équivalent d'une protectrice ou d'un protecteur d'une structure juridique autre qu'une fiducie

Équivalent d'une bénéficiaire ou d'un bénéficiaire d'une structure juridique autre qu'une fiducie

Équivalent d'une personne détenant le contrôle d'une structure juridique autre qu'une fiducie

#### Adresse personnelle permanente

Numéro d'appartement – numéro et rue		Ville
Province, territoire, État ou sous-entité	Pays ou territoire de compétence	Code postal ou code ZIP

#### Adresse postale (seulement si elle est différente de l'adresse personnelle permanente)

Numéro d'appartement – numéro et rue		Ville
Province, territoire, État ou sous-entité	Pays ou territoire de compétence	Code postal ou code ZIP



## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

### 6. Renseignements sur les personnes détenant le contrôle (suite)

#### Déclaration de la résidence fiscale

Veuillez choisir toutes les options qui vous concernent.

La personne détenant le contrôle est résidente du Canada aux fins de l'impôt. Si vous avez coché cette case et que la personne détenant le contrôle est également citoyenne des États-Unis ou également résidente d'un pays autre que le Canada, veuillez fournir le numéro d'assurance sociale de la personne détenant le contrôle.

Numéro d'assurance sociale (NAS) : \_\_\_\_\_

La personne détenant le contrôle est résidente ou citoyenne des États-Unis aux fins de l'impôt. Si vous avez coché cette case, veuillez indiquer le numéro d'identification fiscal des États-Unis (TIN) ou l'équivalent fonctionnel.

TIN des États-Unis : \_\_\_\_\_

Si la personne détenant le contrôle ne possède pas de TIN des États-Unis, en a-t-elle fait la demande?  Oui  Non

La personne détenant le contrôle est résidente aux fins de l'impôt d'un territoire de compétence autre que le Canada ou les États-Unis.

Si vous avez coché cette case, veuillez fournir les renseignements suivants :

Territoire de compétence de la résidence fiscale : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification fiscal (NIF) ou l'équivalent fonctionnel : \_\_\_\_\_

Si l'entité ne possède pas de NIF pour un territoire de compétence en particulier, veuillez choisir l'une des raisons suivantes :

a) Je ferai la demande ou j'ai fait la demande d'un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu.

b) Le territoire de compétence de ma résidence fiscale n'émet pas de NIF à ses résidents.

c) Autre raison : \_\_\_\_\_

### 7. Signature et déclaration des proposants ou titulaires

Dans cette section, les termes « vous », « votre » et « vos » désignent les signataires autorisés ou les fiduciaires qui signent ci-dessous.

En signant ci-dessous :

- Vous déclarez que vous avez l'autorisation de signer au nom de la titulaire ou du titulaire de contrat.
- Vous certifiez que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à jour, exacts et complets.
- Vous convenez d'aviser l'Assurance vie Équitable dans un délai de 30 jours de tout changement relatif aux renseignements fournis, quels qu'ils soient, dans le présent formulaire.

Prénom	Initiale du second prénom	Nom de famille	
Signature du signataire autorisé ou du fiduciaire		Titre	Date (jj/mm/aaaa)
Prénom	Initiale du second prénom	Nom de famille	
Signature du signataire autorisé ou du fiduciaire		Titre	Date (jj/mm/aaaa)
Prénom	Initiale du second prénom	Nom de famille	
Signature du signataire autorisé ou du fiduciaire		Titre	Date (jj/mm/aaaa)

### 8. Déclaration du conseiller

À ma connaissance, les renseignements fournis sont complets et véridiques.

\_\_\_\_\_  
Signature du conseiller

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Code de conseiller

Nota : si vous possédez ce contrat, vous ne pouvez pas signer en tant que conseillère ou conseiller puisque vous ne pouvez pas vérifier votre propre identité conformément à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent. Le cas échéant, la présente déclaration doit être remplie par un autre conseiller agréé engagé par contrat.

**Remarque :** l'Assurance vie Équitable<sup>MD</sup> ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Assurance vie Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.