

Tél. s. f.: 1 800 668-4095 Tél.: 519 886-5210

Téléc. : 519 883-7404 equitable.ca/fr



om de la proposante	ou du proposant, ou encore de la ou	u du titulaire		
ıméro de proposition	d'assurance, de demande de souscri	iption ou de	contrat	
	it être rempli lorsque le titulaire du co les sections applicables.	ontrat est une	entreprise ou une organisation.	
IDENTIFICATIO	DN DE L'ENTITÉ			
uillez remplir la section a) société par action b) entreprise à propr c) organisme sans bu d) succession ou fidu	s 'étaire unique/partenariat/association ut lucratif	n/syndicat		
Société par actio	ns			
Dénomination soci	ale complète de l'entreprise	N	uméro d'entreprise ou numéro d'entreprise du Québec	
Numéro de constit	ution	Сс	ompétence (fédérale ou provinciale)	
Adresse (numéro m	se (numéro municipal et nom de la rue) Ville		Ville	
Province	Code postal	Ad	resse courriel	
entreprises dont elle e			(dans le cas d'une société de portefeuille, veuillez décrire la nature des illez les énumérer :	
□ une copie de □ l'enregistreme De plus, j'ai anne de signer au nom □ une copie de	s statuts constitutifs le permis d'e ent de nom d'entreprise ou les résultats exé les dossiers de disposition ce n de la société). (Veuillez choisir	exploitation c s de la reche oncernant l et annexer plus récente	erche d'une entreprise le pouvoir d'engager la société (personnes ayant l'autorité	
	le nom des dirigeants de la soc			
Nom			Nom	
Nom Nom				
			I .	



1. IDENTIFICATION DE L'ENTIT	É (SUITE)			
b) Entreprise à propriétaire unique,	partenariat, association	n ou syndicat		
Nom au complet de l'entité		Numéro d'entreprise ou	numéro d'entreprise du Québec	
Numéro d'enregistrement (le cas échéant) Compét		pétence (fédérale ou provinciale)		
Adresse (numéro municipal et nom de la	a rue)		Ville	
Province Code	postal	Adresse courriel		
Veuillez indiquer le nom des diri	geants de l'organisation	n:		
Nom		Nom		
Nom		Nom		
Veuillez joindre l'un des documents	s suivants selon le cas :			
☐ Entreprise à propriétaire unique une copie du permis d'exploitation d'u de l'entregistrement de nom de l'entrep compagnie est le nom exact de la pro	orise (non exigée si le nom de	□ Syndicat : une copie d la	de la plus récente convention collective	
☐ Association : une copie des règlements administratif ou du contrat nominal (Québec)	s, de la convention d'associati	□ Partenaria ion une copie d	it : de l'entente de partenariat	



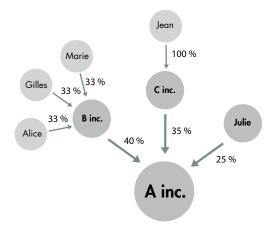
	1 DE L'ENTITÉ (SUITE)					
Organisme sans l	out lucratif (constitué en	société ou non))			
Nom au complet de	l'organisme sans but lucrati	f				
Numéro de constitutio	on (le cas échéant)			Compétence	(fédérale ou pro	vinciale)
Adresse (numéro munic	ipal et nom de la rue)				Ville	
Province Code postal Adresse courriel						
Veuillez fournir une de entreprises dont elle est		ipale de l'entrep	 prise (dan:	s le cas d'une s	ociété de portefei	uille, veuillez décrire la nature des
une copie des	ocuments suivants (s'il y s statuts constitutifs nregistrement de nom d'e	le permis d'exp				
L'entreprise fait-elle la	a demande de dons de	bienfaisance a	uprès d	u public? 🗆]Oui □Non	
L'organisme est-il une	e œuvre de bienfaisance	enregistrée au	uprès de	e l'Agence d	u revenu du C	Canada? 🗆 Oui 🗆 Non
Dans l'affirmative, ir	ndiquer le numéro d'enre	gistrement		Ü		
	nom des dirigeants de					
Nom			No	om		
Nom			No	om		
d'une fiducie ou d'u	renseignements suivants p ne succession :	oour tous les fic	duciaires	s ou les liqui	dateurs, les bé	énéficiaires et les constituants
Veuillez indiquer l	e choix approprié :				Nom	Adresse
-	e choix approprié : rice ou liquidateur □ béné	eficiaire 🗆 const	tituante c	u constituant	Nom	Adresse
fiduciaire, liquidat	rice ou liquidateur 🗆 béné	eficiaire 🗆 const	tituante c	u constituant	Nom	Adresse
☐ fiduciaire, liquidate ☐ fiduciaire, liquidate ☐ fiduciaire, liquidate	rice ou liquidateur béné rice ou liquidateur béné rice ou liquidateur béné	eficiaire 🗆 const	tituante c	u constituant	Nom	Adresse
☐ fiduciaire, liquidate ☐ fiduciaire, liquidate ☐ fiduciaire, liquidate ☐ fiduciaire, liquidate	rice ou liquidateur béné rice ou liquidateur béné rice ou liquidateur béné rice ou liquidateur béné	eficiaire 🗆 const eficiaire 🗆 const eficiaire 🗆 const	tituante c tituante c tituante c	u constituant u constituant u constituant	Nom	Adresse
☐ fiduciaire, liquidate ☐ fiduciaire, liquidate ☐ fiduciaire, liquidate ☐ fiduciaire, liquidate	rice ou liquidateur béné rice ou liquidateur béné rice ou liquidateur béné	eficiaire 🗆 const eficiaire 🗆 const eficiaire 🗆 const	tituante c tituante c tituante c	u constituant u constituant u constituant	Nom	Adresse
☐ fiduciaire, liquidate	rice ou liquidateur béné rice ou liquidateur béné rice ou liquidateur béné rice ou liquidateur béné	eficiaire const eficiaire const eficiaire const	tituante c tituante c tituante c tituante c	u constituant u constituant u constituant u constituant	Nom	Adresse
☐ fiduciaire, liquidate	rice ou liquidateur béné	eficiaire const eficiaire const eficiaire const eficiaire const eficiaire const	tituante c tituante c tituante c tituante c tituante c	u constituant u constituant u constituant u constituant u constituant	Nom	Adresse



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 :

☐ L'entité n'est pas complexe



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



3. VÉRIFICATION DE L'IDI	entité (suite)						
Veuillez choisir l'une des métho	des de vérification de l'identité	suivantes (A ou B) :					
A) En personne: Votre identité canadienne doit permis de conduire provincial, (délivrée avant 2012), carte de	carte provinciale avec photo (re ou votre conseiller. Veuillez cl sauf la carte d'assurance malac cat sécurisé de statut d'Indien.	hoisir l'une des pièces lie provinciale), passe	d'identité suivantes : port, carte de citoyenneté			
Confirmation de la conseille	·						
□ À titre de conseillère ou de «	DÀ titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la 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	Territoire de compétence ou Date d'expiration Date de vérification						
B) À distance : Veuillez utiliser cette méthode	l orsque la conseillère ou le cor	I nseiller n'est pas présent au mor	l nent de vérifier l'identi	té.			
Date de naissance (jj/mm/	(aaaa)	Numéro de téléphone à c	domicile				
☐ Je, personne signataire auto de services.	orisée indiquée ci-dessus, conse	 ens à ce que l'Équitable vérifie r	mon identité par l'entre	emise d'un tiers fournisseur			
au profit de l'entité ou des grou	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.						
Adresse personnelle							
Veuillez 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 : \[\begin{align*} À titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la 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 : Veuillez utiliser cette méthode	lorsque la conseillère ou le cor	nseiller n'est pas présent au mon	nent de vérifier l'identi	té			
Date de naissance (jj/mm/	•	Numéro de téléphone à d					
☐ Je, personne signataire auto	orisée indiquée ci-dessus, conse	ens à ce que l'Équitable vérifie r	mon identité par l'entre	emise d'un tiers fournisseur			



3. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ (SUITE)						
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						
Veuillez 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 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	T	erritoire de compétence ou pays de délivrance	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)	Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa)	
B) À distance : Veuillez utiliser cette méthode Date de naissance (jj/mm/a	e lorsque la conseillère ou le c	ons	eiller n'est pas présent au ma Numéro de téléphone à d		ntité.	
☐ Je, personne signataire auto de services.	orisée indiquée ci-dessus, consc	ens	à ce que l'Équitable vérifie r	mon identité par l'entre	emise d'un tiers fournisseur	
4. DÉCLARATION DE LA R	ÉSIDENCE FISCALE					
Veuillez choisir toutes les option	s 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 :						
∟ cj Autre raison :						



5. CLASSIFICATION DE L'ENTITÉ	
Pour de plus amples renseignements sur la classification d'entités, veuille conseiller, ou encore visiter le site www.cra-arc.gc.ca/tx/nnrsdnts/nhnc	
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 mone	dial (NIIM) et passer à la section 5.2.
NIIM : Si l'entité ne poss	ède pas de NIIM, veuillez en indiquer la raison.
Section 5.2 – L'institution financière satisfait-elle à toutes ces e	exigences?
 Elle est résidente dans un territoire de compétence (ou juridiction) renhancdrprtng/crs/jrsdctns-fra.html pour la liste des territoires de com Au moins 50 % de son revenu brut provient de l'investissement ou elle est gérée par une autre institution financière. 	npétence partenaires).
□ Non. Passer à la section 7. □ Oui. Remplir la section 6 - Renseign	nements sur les personnes détenant le contrôle.
Section 5.3 – L'entité est-elle une personne désignée des États	-Unis?
□ Non. □ Oui. Veuillez indiquer le TIN des États-Unis	États-l Inis
Si vous ne possédez pas de TIN des États-Unis, en avez-vous fait la de Une fois la sélection effectuée, passer à la section 5.4.	mande? 🗆 Oui 🗆 Non
Section 5.4 – L'entité est-elle une société d'immeuble en copre	ppriété?
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 le compte doit servir uniquement à couvrir les coûts d'un condomin les sommes détenues dans le compte doivent servir uniquement à p d'habitation; aucun propriétaire unique ne peut cotiser un montant de plus de 5 exigibles dans l'année sont imputables à une seule personne. 	ium ou d'une coopérative d'habitation;
\square Non . Passer à la section 5.5. \square Oui . Passer à la section 7.	
Section 5.5 – Veuillez cocher l'option qui représente le mieux	votre entité :
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.	☐ 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.
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	☐ 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.
section 7.	☐ L'entité est une entité non financière passive. Dans ce cas, remplir la section 6 – Personnes détenant le contrôle.



6. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES DÉTENANT LE CONTRÔLE

Veuillez 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 du contrat.

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.

Veuillez 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	u'une seule option) :		
 □ Propriétaire directe ou direct d'une société par ac personne morale □ Propriétaire indirecte ou indirect d'une société par personne morale (par un intermédiaire) □ Propriétaire directe ou direct, directrice ou directe dirigeant d'une société par actions ou autre person 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 	eur, dirigeante ou onne morale	qu'une fiducie	
Adresse personnelle permanente			
Numéro d'appartement – numéro et rue			Ville
Province, territoire, État ou sous-entité Pays ou te	erritoire de compétend	Code postal ou code ZIP	
Adresse postale (seulement si elle est différente de	e l'adresse personne	lle permanente)	
Numéro d'appartement – numéro et rue		•	Ville
	erritoire de compétenc		Code postal ou code ZIP



6. RENSEIGNEMENTS SUR LES	PERSONNES DÉTENA	NT LE CONTRÔLE (SUITE)				
Déclaration de la résidence fiscale						
Veuillez choisir toutes les options qui vous	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 indiquer le numéro d'identification fisca TIN des États-Unis :	résidente ou citoyenne des al des États-Unis (TIN) ou l'éc	États-Unis aux fins de l'impôt. Si va _{Ju} valent fonctionnel.	ous avez coché cette case, veuillez			
Si la personne détenant le contrôle ne po	ssède pas de TIN des États-l	Unis, en a-t-elle fait la demande? □	Oui 🗆 Non			
☐ La personne détenant le contrôle est les États-Unis. Si vous avez coché cett			tre que le Canada ou			
Territoire de compétence de la résidence	fiscale :					
Numéro d'identification fiscal (NIF) ou l'é	quivalent fonctionnel :					
Si l'entité ne possède pas de NIF pour ur	n territoire de compétence er	particulier, veuillez choisir l'une des	raisons suivantes:			
□ a) Je ferai la demande ou j'ai fait la de □ b) Le territoire de compétence de ma r □ c) Autre raison :		de NIF à ses résidents.				
Personne détenant le contrôle 2						
Nom de famille Prénom et initiale du ou des prénoms supplémentaires Date de naissance (jj/mm/aaar						
Type de personne détenant le contrôle (ne	e 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 société par actions ou autre personne morale □ Constituante ou constituant d'une fiducie □ Équivalent d'une 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 						
☐ Bénéficiaire d'une fiducie	 □ Protectrice ou protecteur d'une fiducie □ Bénéficiaire d'une fiducie □ Autre personne détenant le contrôle d'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 compé	tence	Code postal ou code ZIP			
Adresse postale (seulement si elle est di	fférente de l'adresse persor	nnelle permanente)				
Numéro d'appartement – numéro et rue						
Province, territoire, État ou sous-entité	Code postal ou code ZIP					



6. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSOI	nnes détenant le	CONTRÔLE (SUITE)			
Déclaration de la résidence fiscale Veuillez choisir toutes les options qui vous concerner	nt.				
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+elle fait la demande? □ Ou	i □ Non		
☐ La personne détenant le contrôle est résidente de Si vous avez coché cette case, veuillez fournir les			que le Canada ou les États-Unis.		
Territoire de compétence de la résidence fiscale : _					
Numéro d'identification fiscal (NIF) ou l'équivalent fe					
Si l'entité ne possède pas de NIF pour un territoire (a) Je ferai la demande ou j'ai fait la demande d' b) Le territoire de compétence de ma résidence fi c) Autre raison :	'un NIF, mais je ne l'ai pas iscale n'émet pas de NIF c	s encore reçu.	sons suivantes :		
7. SIGNATURE ET DÉCLARATION DES F	PROPOSANTS OU TI	ITULAIRES DU CONTRAT			
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 ou du titulaire du contrat. Vous certifiez que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à jour, exacts et complets. Vous convenez d'aviser l'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 so	ent complets et véridiques.				
Signature du conseiller		Date (jj/mm/aaaa)	Code de conseiller		
Nota : si vous possédez ce contrat, vous ne pouvez pas s conformément à la législation relative à la lutte contre le b					

Remarque: l'Équitable^{MD} 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'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.