



DÉCLARATION DU REQUÉRANT

ASSURANCE VIE ENTIÈRE ET ASSURANCE VIE UNIVERSELLE – PARTICULIERS

Si la requérante ou le requérant est un particulier, veuillez remplir le formulaire n° 682TCFR pour les contrats d'assurance vie temporaire ou d'assurance maladies graves, ou le formulaire n° 682WUFR pour les contrats d'assurance vie entière et d'assurance vie universelle. Si le requérant est une entité, veuillez remplir le formulaire n° 682ENTFR. Une vérification de l'identité pourrait être requise pour se conformer à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent.

COMMENT REMPLIR LA DÉCLARATION DU REQUÉRANT

1. Si la prestation de décès est payable à une bénéficiaire ou à un bénéficiaire désigné, ou encore à des bénéficiaires désignés :
 - a) La personne bénéficiaire désignée doit remplir la présente déclaration, sauf si personne est mineure. S'il y a plusieurs personnes bénéficiaires, chaque personne bénéficiaire doit remplir une déclaration séparément.
 - b) Si l'une des personnes bénéficiaires désignées est mineure, la présente déclaration devrait être remplie par sa tutrice ou son tuteur en son nom ou par une autre personne autorisée par la loi afin de gérer les biens de la personne mineure.
 - c) Si l'une des personnes bénéficiaires désignées est décédée, une preuve du décès de cette personne doit être fournie.
2. Si la prestation de décès est payable aux ayants droit à la succession de la personne décédée :
 - a) Les fonds seront payables aux ayants droit à la succession de la personne décédée.
3. Si le contrat est cédé :
 - a) La ou le cessionnaire doit remplir une déclaration ainsi que la personne bénéficiaire. Le paiement sera effectué conjointement à la personne bénéficiaire et au cessionnaire.
4. Le numéro d'assurance sociale (NAS) ou le numéro d'identification aux fins de l'impôt (IRS) de la requérante ou du requérant :
 - a) Ce renseignement devrait être fourni par la requérante ou le requérant, car il se peut qu'il soit nécessaire à la déclaration du revenu imposable payé à la requérante ou au requérant. Si aucun numéro n'a jamais été attribué au requérant, veuillez inscrire « aucun numéro ». Si l'ayant droit à la succession de la personne décédée est le requérant ou la requérante, veuillez fournir le numéro d'assurance sociale de la personne décédée.
5. Chaque entité (une société, une fiducie, un partenariat ou une association) doit remplir le formulaire Déclaration du requérant – Entités (n° 682ENTFR).



DÉCLARATION DU REQUÉRANT ASSURANCE VIE ENTIÈRE ET ASSURANCE VIE UNIVERSELLE – PARTICULIERS

Numéro de contrat pour chaque demande de réclamation	
Nom de la personne décédée (au complet)	Province ou État du domicile
Date du décès (jj/mm/aaaa)	Cause du décès
Lieu du décès	Date et lieu de naissance

Nom et adresse de tous les médecins qui ont traité la personne décédée au cours des cinq dernières années.

Nom	Adresse	Date	Raison

Nom et endroit de tout hôpital ou établissement où la personne décédée a reçu un traitement au cours des trois dernières années.

Hôpital ou établissement	Ville ou municipalité	Date

Veillez répondre à toutes les questions ci-dessous :

La personne décédée avait-elle d'autres contrats d'assurance vie en vigueur au moment du décès? Oui Non Je ne sais pas

Si la réponse est « oui », indiquer le type d'assurance _____ et le montant _____

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle déjà fumé? Oui Non

Si la réponse est « oui », veuillez indiquer pendant combien de temps (environ) _____

Veillez cocher une seule case : la cigarette la pipe le cigare

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle déjà cessé de fumer? Oui Non

Si la réponse est « oui », quand et pendant combien de temps? _____



DÉCLARATION DU REQUÉRANT

ASSURANCE VIE ENTIÈRE ET ASSURANCE VIE UNIVERSELLE – PARTICULIERS

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT

Les renseignements suivants sont requis afin de nous conformer aux lois canadiennes. Afin que nous puissions traiter votre demande de réclamation ou demande de souscription, veuillez remplir tous les champs suivants.

Nom (en lettres moulées)		Numéro d'assurance sociale ou n° d'id. aux fins de l'impôt (IRS)
Adresse	Ville ou municipalité	Province
Numéro de téléphone	Code postal ou code ZIP	Pays
Adresse courriel		Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Lien avec la ou le titulaire de contrat	Emploi (titre de poste et fonctions) – si vous ne travaillez pas actuellement, veuillez indiquer votre ancien emploi	
Lien avec la personne décédée	Quel est votre rôle ou votre lien avec cette demande de réclamation d'assurance? (par ex. : personne bénéficiaire désignée, liquidatrice ou liquidateur ou cessionnaire)	

Comment souhaitez-vous que le produit soit versé?

- Par dépôt direct au compte bancaire de toute personne bénéficiaire. Joindre un chèque annulé ou une lettre de la banque qui indique que la ou le bénéficiaire est titulaire du compte bancaire.
Note : le paiement par transfert électronique de fonds (TEF) peut être offert ou non. Si le TEF n'est pas offert avec ce contrat, un chèque sera émis et envoyé par la poste à l'adresse de la requérante ou du requérant indiqué ci-dessus.
- Par chèque : le chèque sera envoyé par la poste à l'adresse de la requérante ou du requérant, sauf si une autre adresse est fournie
Autre adresse : _____
- Dépôt au numéro de contrat de l'Équitable _____
- Dernière personne survivante, pas de paiement pour le moment _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE FIDUCIAIRE

Si une ou un fiduciaire a été désigné au nom de la requérante ou du requérant, veuillez fournir les renseignements suivants.

Nom (en lettres moulées)		Numéro d'assurance sociale ou n° d'id. aux fins de l'impôt (IRS)
Adresse	Ville ou municipalité	Province
Numéro de téléphone	Code postal ou code ZIP	Pays
Adresse courriel		Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Emploi (titre de poste et fonctions) – si vous ne travaillez pas actuellement, veuillez indiquer votre ancien emploi		



DÉCLARATION DU REQUÉRANT ASSURANCE VIE ENTIÈRE ET ASSURANCE VIE UNIVERSELLE – PARTICULIERS

3. DÉCLARATION DE LA RÉSIDENCE FISCALE

Si votre adresse est à l'extérieur du Canada, ou si l'argent doit être envoyé à l'extérieur du Canada, veuillez remplir cette section.

Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt : veuillez fournir votre numéro d'assurance sociale (NAS)

Je suis résidente ou résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyenne ou citoyen des États-Unis : veuillez fournir le numéro d'identification fiscal (TIN) ou l'équivalent fonctionnel : _____

Je suis résidente ou résident aux fins de l'impôt dans un territoire de compétence autre que le Canada ou les États-Unis :

Territoire de compétence de la résidence fiscale : _____ Numéro d'identification fiscal (NIF) ou l'équivalent fonctionnel : _____

Si vous ne possédez pas de NIF ou d'équivalent fonctionnel 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 : _____

4. POSTES POLITIQUES

Remplir cette section si la requérante ou le requérant devient une personne politiquement exposée et si la prestation de décès est égale ou supérieure à 100 000 \$ ou si on vous a demandé de remplir cette section.

Aux fins de cette question :

- Le terme **requérante** ou **requérant** s'entend du requérant ou du fiduciaire du requérant lorsqu'il y en a un.
- Le terme **membre de la famille** s'entend de la conjointe ou du conjoint, de l'ex-conjointe ou de l'ex-conjoint, de la sœur, du frère, du parent, de la belle-mère ou du beau-père, ou encore de l'enfant biologique ou de l'enfant adopté.
- Le terme **proche collaboratrice** ou **proche collaborateur** s'entend d'une personne étroitement liée à la requérante ou au requérant pour des raisons personnelles ou commerciales.
- Le terme **conjointe** ou **conjoint** s'entend du conjoint ou du conjoint de fait.
- Le terme **ex-conjointe** ou **ex-conjoint** s'entend de l'ex-conjoint ou de l'ex-conjoint de fait.

Le requérant ou l'un des proches collaborateurs du requérant occupe-t-il, ou a-t-il déjà occupé, l'un des postes indiqués ci-dessous? OU Le requérant est-il un membre de la famille d'une personne qui occupe ou a déjà occupé l'un des postes ci-dessous?

Non Oui – veuillez indiquer le poste occupé ci-dessous

Postes occupés au Canada ou dans un autre pays

Note : pour les postes occupés au Canada, veuillez indiquer seulement les postes occupés au cours des cinq dernières années. Pour tous les autres pays, veuillez indiquer tous les postes déjà occupés.

Chef d'État ou chef du gouvernement (y compris gouverneur général ou lieutenant-gouverneur)

Présidente ou président d'une société ou d'une banque d'État (y compris une société entièrement détenue par un gouvernement fédéral ou provincial).

Membre du conseil exécutif de gouvernement ou membre d'une assemblée législative (y compris du sénat, de la Chambre des communes ou d'une assemblée provinciale)

Chef d'une agence gouvernementale

Juge (au Canada, doit être juge d'une cour d'appel)

Chef d'un organisme international établi par les gouvernements des pays ou chef d'une institution de cet organisme (veuillez l'indiquer seulement si le poste a été occupé au cours des cinq dernières années)

Commissaire (ou équivalent)

Chef ou encore présidente ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative

Ambassadrice ou ambassadeur, attachée ou attaché, ou encore conseillère ou conseiller d'une ambassadrice ou d'un ambassadeur

Officière ou officier ayant le rang de général ou un rang supérieur

Maire ou mairesse d'une municipalité canadienne (ne comprend pas les maires dans d'autres pays que le Canada)



DÉCLARATION DU REQUÉRANT

ASSURANCE VIE ENTIÈRE ET ASSURANCE VIE UNIVERSELLE – PARTICULIERS

4. POSTES POLITIQUES (suite)

Si vous avez répondu par l'affirmative à la question ci-dessus, veuillez indiquer les renseignements suivants :

Quel est le nom de la personne qui occupe ou qui occupait ce poste?

Quel est le titre du poste occupé?

Poste occupé de : _____ à _____
(première année) (dernière année)

Dans quel pays ce poste a-t-il été occupé?

Auprès de quelle organisation, quel gouvernement ou quelle institution ce poste a-t-il été occupé?

Comment cette personne est-elle liée à la requérante ou au requérant?

La personne est la requérante ou le requérant

Membre de la famille (lien) : _____

Proche collaboratrice ou proche collaborateur (lien) : _____

Quelle est la source du patrimoine de la requérante ou du requérant (veuillez choisir toutes les réponses qui s'appliquent) :

Salaire ou revenu gagné

Revenu d'entreprise

Héritage

Revenu de la propriété ou portefeuille d'actions

Revenu de placement

Loterie

Autre _____

5. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ

L'Équitable est tenue de vérifier l'identité de la requérante ou du requérant (ou l'identité de la ou du fiduciaire du requérant) au titre des contrats d'assurance vie universelle ou d'assurance vie entière lorsque la prestation de décès correspond à au moins 10 000 \$. Si vous répondez à ces critères (ou si vous ne savez pas), veuillez fournir votre consentement afin qu'un tiers puisse vérifier votre identité en cochant la case ci-dessous.

Je consens à ce que l'Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services.



DÉCLARATION DU REQUÉRANT ASSURANCE VIE ENTIÈRE ET ASSURANCE VIE UNIVERSELLE – PARTICULIERS

6. DÉCLARATION DU REQUÉRANT

Je certifie que les renseignements fournis dans la présente déclaration sont véridiques, exacts et complets.

Les renseignements personnels que j'ai fournis de plein gré à l'Équitable, conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par l'Équitable aux fins de traitement et de règlement des réclamations, d'amélioration et d'élaboration d'outils, de processus, d'études, d'algorithmes et de produits liés à l'assurance ou à la réassurance et de vérification après l'établissement. Je comprends et j'accepte que, aux fins mentionnées ci-dessus, les renseignements personnels au dossier à mon sujet, au sujet de la personne assurée ou de cette demande de réclamation soient accessibles et peuvent être transmis au personnel autorisé de l'Équitable, aux tiers engagés par l'Équitable, au réseau de distribution des ventes de l'Équitable, aux réassureurs participants, aux autres compagnies d'assurance, aux organismes d'enquête, aux fournisseurs de soins de santé, aux professionnels de la santé et aux pharmaciens, ainsi qu'à toute autre personne ou partie qui obtient mon autorisation.

Je reconnais que les renseignements personnels à mon sujet, au sujet de la personne assurée ou de cette demande de réclamation peuvent être traités et conservés à l'extérieur du Canada et, par conséquent, pourraient être assujettis aux lois de ces territoires de compétence. Si le présent contrat a été établi au Québec, mes renseignements personnels seront conservés à l'extérieur du Québec. Pour de plus amples renseignements au sujet des pratiques de l'Équitable en matière de vie privée et pour obtenir les coordonnées de la personne responsable de la protection des renseignements personnels, veuillez consulter le site www.equitable.ca/fr.

J'autorise tous les médecins et autres personnes qui ont pris en charge la personne assurée et tous les hôpitaux, établissements de santé et instances gouvernementales à fournir à l'Équitable tous les renseignements en leur possession ou dans les limites de leurs connaissances concernant la personne assurée et d'honorer une copie de la présente autorisation.

Fait à _____ le _____

Signature du requérant _____

Le fait de présenter le présent formulaire ou tout autre formulaire de demande de réclamation à la requérante ou au requérant, ne rend la Compagnie aucunement responsable et elle n'abandonne aucun de ses droits.

Une disposition concernant le délai de prescription décrit la période pendant laquelle vous pouvez commencer des procédures judiciaires pour recouvrer les prestations du contrat. Cette période est énoncée dans la loi sur les assurances provinciale ou toute autre loi qui s'applique à votre demande de réclamation.

Remarque : l'Équitable 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.