



Demande de souscription

contrats enregistrés
ou non enregistrés

Compte à intérêt garanti
Épargne-retraite



En tant que cliente ou client de l'Assurance vie Équitable, vous aurez instantanément accès aux renseignements sur votre contrat par l'entremise du site **Accès à la clientèle de l'Équitable!**

Qu'est-ce que le site Accès à la clientèle de l'Équitable?

Il s'agit de notre site en ligne sécurisé qui vous permet d'accéder à des outils et à des renseignements sur votre contrat, à votre portée. Grâce au site Accès à la clientèle de l'Équitable vous pouvez :

- **Visualiser les particularités du contrat, y compris :**
 - l'affectation et la valeur marchande des placements
 - l'historique des opérations et les garanties
 - les renseignements sur les paiements par débit préautorisé
 - les renseignements sur les fonds et le rendement
- **Mettre à jour vos renseignements personnels, y compris :**
 - l'adresse et les coordonnées
 - les renseignements bancaires et la date du débit préautorisé
 - les bénéficiaires
- **Accéder à vos feuillets d'impôt.**
- **Et plus encore!**

Il y a deux façons de s'inscrire à l'Accès à la clientèle de l'Équitable :

1. En inscrivant votre adresse courriel sur la présente demande de souscription; l'Assurance vie Équitable vous transmettra par courriel un lien d'inscription dès que votre contrat est en vigueur.
2. En visitant le site client.equitable.ca/client/fr et en cliquant sur « Créer le compte » dès que vous recevez l'avis d'exécution de votre contrat.

Avez-vous des questions ou aimeriez-vous que l'on vous aide à créer votre compte? Notre équipe du Service à la clientèle se fera un plaisir de vous aider. Vous pouvez la joindre au 1 800 668-4095.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN COMPTE À INTÉRÊT GARANTI

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE CONTRAT (SUITE)

Province	Code postal	Numéro de téléphone	<p>Il est important d'indiquer votre adresse courriel!</p> <p>Dès que le contrat est actif, nous enverrons un courriel à la ou au titulaire de contrat comportant un lien pour s'inscrire sur le site Accès à la clientèle de l'Équitable. Ce site Web lui permet de visualiser et de gérer les renseignements sur son contrat.</p>
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Adresse courriel		
Emploi (si vous êtes à la retraite ou sans emploi, veuillez indiquer votre ancien emploi) : Titre de poste : _____ Fonctions : _____			

Vérification de l'identité (doit être effectuée dans le cas des contrats non enregistrés seulement) :

La législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent exige d'effectuer une vérification de l'identité. Il existe trois options pour valider l'identité de la cliente ou du client :

Option 1 : le conseiller valide la pièce d'identité avec photo

Cette option peut être utilisée lorsque la conseillère ou le conseiller rencontre la cliente ou le client en personne. Le conseiller doit valider l'une des pièces d'identité suivantes :

- permis de conduire provincial
- carte d'identité provinciale avec photo (sauf la carte d'assurance maladie provinciale)
- passeport
- carte de citoyenneté (délivrée avant 2012)
- carte de résident permanent
- certificat sécurisé de statut d'Indien

ATTESTATION DU CONSEILLER

À titre de conseillère ou de conseiller :

- J'ai rencontré la cliente ou le client en personne et j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire.
- Je confirme que le nom indiqué sur la pièce d'identité correspond au nom de la personne indiquée dans cette section.

Veuillez préciser :

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

Option 2 : le conseiller valide deux types différents de pièce d'identité

Cette option peut être utilisée lorsque la conseillère ou le conseiller rencontre la cliente ou le client en personne ou à distance. Le conseiller doit passer en revue deux pièces d'identité provenant de catégories* différentes comme indiqué dans le document [Autres options de vérification de l'identité](#).

ATTESTATION DU CONSEILLER

À titre de conseillère ou de conseiller :

- J'ai suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité www.equitable.ca/aller/autre-identite, y compris la revue de deux documents valides et actuels de catégories* différentes.

Veuillez préciser :

Catégorie*	Type de document	Émetteur du document	Numéro du document ou du compte	Date du document (aaaa/mm/jj)	Date de vérification du conseiller (aaaa/mm/jj)

* catégorie A – nom et adresse, catégorie B – nom et date de naissance, catégorie C – nom et renseignements sur le compte.

Option 3 : l'Assurance vie Équitable valide l'identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services

Cette option peut être choisie lorsque la demande de souscription n'a pas été remplie en personne.

ATTESTATION DU CLIENT

- À titre de cliente ou de client, je consens à ce que l'Assurance vie Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services et communique les résultats avec ma conseillère ou mon conseiller aux fins de conformité à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN COMPTE À INTÉRÊT GARANTI

3. TITULAIRE DE CONTRAT CONJOINT (SECTION FACULTATIVE) (DANS LE CAS DES CONTRATS NON ENREGISTRÉS SEULEMENT)

Non offert au Québec. Nous expédierons les renseignements sur le contrat et la correspondance future à l'adresse postale de la personne titulaire de contrat principale seulement. Au décès de l'une ou l'un des titulaires qui n'est pas rentière ou rentier, sa participation financière sera transmise à l'autre titulaire ou à la titulaire successeuse ou au titulaire successeur.

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Nom de la titulaire ou du titulaire conjoint (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)		
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin			
Numéro d'assurance sociale (NAS)	<input type="text"/>	Date d'expiration (le cas échéant)	
Adresse (numéro, rue et appartement) si elle diffère de celle du titulaire de contrat	Ville ou municipalité	Province	Code postal
Numéro de téléphone	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Emploi (si vous êtes à la retraite ou sans emploi, veuillez indiquer votre ancien emploi) :	
Lien avec la personne titulaire		Titre de poste : _____	
		Fonctions : _____	

Vérification de l'identité : La législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent exige d'effectuer une vérification de l'identité. Il existe trois options pour valider l'identité de la cliente ou du client :

Option 1 : le conseiller valide la pièce d'identité avec photo.

Cette option peut être utilisée lorsque la conseillère ou le conseiller rencontre la cliente ou le client en personne. Le conseiller doit valider l'une des pièces d'identité suivantes :

- permis de conduire provincial
- carte d'identité provinciale avec photo (sauf la carte d'assurance maladie provinciale)
- passeport
- carte de citoyenneté (délivrée avant 2012)
- carte de résident permanent
- certificat sécurisé de statut d'Indien

ATTESTATION DU CONSEILLER

- À titre de conseillère ou de conseiller :
- J'ai rencontré la cliente ou le client en personne et j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire.
 - Je confirme que le nom indiqué sur la pièce d'identité correspond au nom de la personne indiquée dans cette section.

Veillez préciser :

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

Option 2 : le conseiller valide deux types différents de pièce d'identité

Cette option peut être utilisée lorsque la conseillère ou le conseiller rencontre la cliente ou le client en personne ou à distance. Le conseiller doit passer en revue deux pièces d'identité provenant de catégories* différentes comme indiqué dans le document [Autres options de vérification de l'identité](#).

ATTESTATION DU CONSEILLER

- À titre de conseillère ou de conseiller :
- j'ai suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité www.equitable.ca/aller/autre-identite, y compris la revue de deux documents valides et actuels de catégories* différentes.

Veillez préciser :

Catégorie*	Type de document	Émetteur du document	Numéro du document ou du compte	Date du document (aaaa/mm/jj)	Date de vérification du conseiller (aaaa/mm/jj)

* catégorie A – nom et adresse, catégorie B – nom et date de naissance, catégorie C – nom et renseignements sur le compte.

Option 3 : l'Assurance vie Équitable valide l'identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services

Cette option peut être choisie lorsque la demande de souscription n'a pas été remplie en personne.

ATTESTATION DU CLIENT

- À titre de cliente ou de client, je consens à ce que l'Assurance vie Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services et communique les résultats avec ma conseillère ou mon conseiller aux fins de conformité à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN COMPTE À INTÉRÊT GARANTI

4. TITULAIRE SUCESSEUR (SECTION FACULTATIVE) (TITULAIRE DE CONTRAT SUBROGÉ AU QUÉBEC) (DANS LE CAS DES CONTRATS NON ENREGISTRÉS SEULEMENT)

Dans le cas du décès d'une titulaire ou d'un titulaire, il est possible de nommer une personne pour succéder au titulaire de contrat.

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Nom de la titulaire successeure ou du titulaire successeur (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Numéro d'assurance sociale (NAS)
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Lien avec la personne titulaire	Date d'expiration (le cas échéant)

5. RENSEIGNEMENTS SUR LE RENTIER (DANS LE CAS DES CONTRATS NON ENREGISTRÉS ET SEULEMENT LORSQUE LA PERSONNE RENTIÈRE N'EST PAS LA PERSONNE TITULAIRE)

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Nom de la rentière ou du rentier (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		
Adresse (numéro, rue et appartement)	Ville ou municipalité	Province
Code postal	Numéro de téléphone	Lien avec toute personne titulaire

6. RENTIER SUCESSEUR (SECTION FACULTATIVE) (DANS LE CAS DES CONTRATS NON ENREGISTRÉS ET LES FRR SEULEMENT)

Au décès de la rentière ou du rentier, le contrat demeurera en vigueur et, par conséquent, aucune prestation de décès ne sera versée jusqu'au décès de la rentière successeure ou du rentier successeur. Nota : les titulaires désignés détiennent tous les droits contractuels.

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Nom de la rentière successeure ou du rentier successeur (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin			
Adresse (numéro, rue et appartement)	Ville ou municipalité	Province	Code postal
Lien avec la rentière ou le rentier (dans le cas d'un FRR, doit être légalement marié ou conjoint de fait)			



DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN COMPTE À INTÉRÊT GARANTI

7. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Toute personne nommée ici recevra une prestation de décès advenant le décès de la dernière personne rentière survivante.

Régimes immobilisés : dans le cas de régimes immobilisés, la bénéficiaire ou le bénéficiaire doit être la conjointe ou le conjoint, ou encore la conjointe de fait ou le conjoint de fait (s'il y a lieu). Comme les lois sur les pensions le prescrivent, une conjointe ou un conjoint, ou encore une conjointe de fait ou un conjoint de fait aura préséance sur toute désignation d'une autre personne bénéficiaire sélectionnée.

Régimes FRR : dans le cas des régimes FRR, si votre conjointe ou votre conjoint est la seule personne bénéficiaire au moment de votre décès et qu'une rentière successeuse ou un rentier successeur n'a pas été désigné, votre conjoint pourra choisir de maintenir le contrat en vigueur en tant que rentier successeur.

Mandataire : si la demande de souscription est signée par un mandataire ou un mandataire, les bénéficiaires doivent être les ayants droit à la succession de la personne titulaire.

Souscriptrice ou souscripteur, ou encore titulaire résidant au Québec : la loi au Québec stipule que la désignation de la conjointe ou du conjoint de la ou du titulaire (marié ou en union civile) est irrévocable, sauf si le titulaire stipule que la désignation est révocable en cochant la case suivante :

Je stipule que toute désignation de ma conjointe ou de mon conjoint (marié ou en union civile) à titre de bénéficiaire est révocable.

Nom des bénéficiaires principaux	Date de naissance si personne mineure (aaaa/mm/jj)	Fiduciaire s'applique	Lien avec le rentier (Québec - lien avec le titulaire)	Prestation répartie également (sauf si un pourcentage est indiqué)
		<input type="checkbox"/>		%
		<input type="checkbox"/>		%
		<input type="checkbox"/>		%
		<input type="checkbox"/>		%
Nom des bénéficiaires subsidiaires	Date de naissance si personne mineure (aaaa/mm/jj)	Fiduciaire s'applique	Lien avec le rentier (Québec - lien avec le titulaire)	Prestation répartie également (sauf si un pourcentage est indiqué)
		<input type="checkbox"/>		%
		<input type="checkbox"/>		%
		<input type="checkbox"/>		%
		<input type="checkbox"/>		%

Fiduciaire pour toutes les personnes bénéficiaires mineures (sans objet au Québec) : Nom : _____

Option de règlement sous forme de rente : Si vous souhaitez que l'une ou plusieurs de vos personnes bénéficiaires reçoivent la prestation de décès sous forme de versements de revenu d'une rente, veuillez remplir le formulaire [Option de règlement sous forme de rente \(n° 455FR\)](#). Pour en savoir davantage à propos de cette option, veuillez consulter la brochure [Stratégie de l'héritage progressif \(n° 1514FR\)](#).

8. COTISATIONS (TOUT PAIEMENT DOIT ÊTRE EFFECTUÉ PAR LE TITULAIRE)

Nota : le dépôt minimal requis est de 500 \$ ou de 50 \$ par l'entremise du service de débit préautorisé (DPA). Option de versement à intérêt simple et dépôt minimal dans le cas d'un FRR ou d'un FRV est de 10 000 \$. La payeuse ou le payeur doit être la rentière ou le rentier dans le cas d'un RER, ou la conjointe ou le conjoint dans le cas d'un RER de conjoint.

Chèque _____ \$

DPA unique _____ \$
(veuillez remplir la section 9)

DPA continu _____ \$
(veuillez remplir la section 9)

Transfert externe _____ \$

↳ Établissement cédant : _____

Veuillez remplir le formulaire [Autorisation de transfert de placements enregistrés et non enregistrés \(n° 114FR\)](#) et envoyer une copie à l'Assurance vie Équitable et l'original à l'établissement financier cédant.

Transfert interne (préciser le montant en dollars ou en pourcentage) : _____

↳ Numéro de contrat de l'Équitable : _____

↳ Les transferts internes partiels seront effectués au prorata, sauf indication contraire dans les directives spéciales (section 19).

Services bancaires en ligne _____ \$

↳ Une fois que la demande de souscription a été soumise, la payeuse ou le payeur peut utiliser le numéro de contrat lorsqu'il effectue des dépôts par l'entremise des services bancaires en ligne de son établissement financier. Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir la liste des banques qui offrent ce service, veuillez visiter le site www.equitable.ca/aller/servicesbancairesenligne.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN COMPTE À INTÉRÊT GARANTI

9. SERVICE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) (SECTION FACULTATIVE, SAUF SI DEMANDÉ À LA SECTION 8)

DPA unique :

Montant : _____ \$

Date de retrait :

- Prélever les fonds à la date à laquelle toutes les exigences relatives à la demande de souscription ont été satisfaites, OU
- Préciser la date (aaaa/mm/jj) : _____ (à condition que toutes les exigences ont été satisfaites)

Affectation du dépôt :

Les directives relatives aux dépôts et aux réinvestissements seront établies selon la description à la section des directives relatives aux placements.

DPA continu :

Cette option n'est pas offerte avec les placements à intérêt simple (même s'ils sont combinés avec des placements à intérêt composé).

Montant : _____ \$ Date de début du DPA mensuel (aaaa/mm/jj) : _____ (du 1^{er} au 28^e jour)

Affectation du dépôt :

- Intérêt quotidien (doit être choisi si le dépôt est moins de 500 \$)
- CDG à intérêt composé pour une durée précise de _____ mois

Les directives relatives aux réinvestissements seront établies selon la description des directives relatives aux placements.

Renseignements bancaires :

Veuillez fournir un document dont les renseignements bancaires et sur le payeur y sont imprimés. P. ex., un chèque avec la mention « ANNULÉ » ou une lettre d'instructions de la banque.

Numéro de succursale : _____	⑆12345	⑆012⑆	1234⑆56789
Numéro de banque : _____			
Numéro de compte : _____	Numéro de succursale	Numéro de banque	Numéro de compte

La conseillère ou le conseiller doit vérifier les renseignements bancaires fournis pour s'assurer qu'ils correspondent aux renseignements bancaires indiqués sur la lettre ou le chèque ci-joint. Si les renseignements bancaires n'ont pas bien été saisis, le conseiller devra payer les frais qui en découlent à l'Assurance vie Équitable.

Nota :

- Les paiements par comptes de marge de crédit ou de cartes de crédit ne sont pas acceptés.
- Il pourrait y avoir un décalage entre la date choisie et la date du transfert du compte bancaire.

Renonciation

La payeuse ou le payeur donne la directive et l'autorisation à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (l'« Assurance vie Équitable ») et son établissement financier d'effectuer des débits de son compte bancaire, sous réserve des dispositions ci-dessous, aux fins de la collecte des débits préautorisés. La payeuse ou le payeur renonce à tout préavis relatif au prélèvement initial et à toute modification relative à la date du débit préautorisé en vertu de la règle H1 de l'Association canadienne des paiements à l'adresse Web www.paiements.ca.

Type de service

Aux fins de la présente entente, tous les débits préautorisés effectués à partir du compte du payeur seront traités comme des retraits personnels.

Cotisations d'un tiers (remplir les Renseignements sur le tiers à la section 17)

Dans certains cas, le payeur pourrait être un tiers (une personne autre que la personne titulaire de contrat). En soumettant des renseignements bancaires qui n'appartiennent pas à la personne titulaire de contrat, la personne titulaire de contrat et la payeuse ou le payeur conviennent de ce qui suit :

- La personne titulaire de contrat pourrait voir les renseignements bancaires du payeur.
- Il existe un certain niveau de risque du fait d'avoir les renseignements bancaires d'un payeur au dossier.
- Si l'argent devait être déposé incorrectement dans le compte bancaire du payeur, le payeur devra immédiatement aviser l'Assurance vie Équitable et retourner les fonds.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN COMPTE À INTÉRÊT GARANTI

9. SERVICE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) (SUITE)

Annulation

La payeuse ou le payeur a le droit de faire annuler la présente entente de service de débit préautorisé en tout temps. L'entente de service de débit préautorisé demeurera en vigueur jusqu'à ce que la payeuse ou le payeur en demande l'annulation à l'Assurance vie Équitable.

NOTA : pour que l'annulation prenne effet avant le prochain débit, l'Assurance vie Équitable doit recevoir tout préavis d'annulation fait par téléphone, par lettre, par courriel ou par télécopieur, à son siège social, au moins 10 jours ouvrables avant le prochain débit. La payeuse ou le payeur peut communiquer avec son établissement financier concernant ses droits d'annulation de paiement. Un spécimen du formulaire d'annulation peut être obtenu à l'adresse www.paiements.ca et devra être dûment rempli et envoyé à votre établissement financier.

Coordonnées

Assurance vie Équitable du Canada
1, chemin Westmount Nord
C. P. 1603, succursale Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7
Tél. : 1 800 668-4095 Téléc. : 519 883-7404
Courriel : epargneretraite@equitable.ca

Recours et remboursement

La payeuse ou le payeur a certains droits de recours si un débit n'est pas conforme avec les dispositions de la présente entente de DPA. Il a le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou n'est pas conforme aux dispositions de la présente entente de service de débit préautorisé. Pour obtenir de plus amples renseignements sur ses droits de recours, le payeur peut communiquer avec son établissement financier ou visiter le site Web www.paiements.ca.

10. DIRECTIVES RELATIVES AUX PLACEMENTS

Selon nos règles administratives :

- Le dépôt initial total doit être d'au moins 500 \$ (10 000 \$ dans le cas des FRR et des FRV) ou de 50 \$ par l'entremise du service de DPA.
- Le dépôt minimal pour l'échelonnement automatique du CDG est de 2 500 \$ pendant 5 ans ou de 5 000 \$ pendant 10 ans.
- Les options de placement, les durées offertes et les primes minimales pour chaque type d'enregistrement sont les suivantes :

	Options de placement	Options d'enregistrement	Durées	Prime minimale
Intérêt composé	Compte à intérêt quotidien (CIQ)	Régime non enregistré, CELI, RER, RER immobilisé, FRR et FRV)	S. O.	S. O.
	Compte de dépôt garanti (CDG)	Régime non enregistré, CELI, RER et RER immobilisé	1 à 15 ans	500 \$
		FRR et FRV	1 à 10 ans	10 000 \$
Intérêt simple	Compte de dépôt garanti (CDG)	Régime non enregistré, FRR et FRV	1 à 10 ans	10 000 \$
	Compte de dépôt à terme (CDT)	FRR et FRV	11 à 30 ans	5 000 \$



DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN COMPTE À INTÉRÊT GARANTI

10. DIRECTIVES RELATIVES AUX PLACEMENTS (SUITE)

Dépôt initial total de _____ \$

Le dépôt initial et les dépôts subséquents, s'il y a lieu, doivent être affectés comme suit :

Type d'intérêt du contrat :

Intérêt composé (sélection par défaut, si elle n'a pas été précisée)

Intérêt simple (joindre un chèque annulé)

→ Intérêt payé annuellement

→ Intérêt payé mensuellement (le taux d'intérêt est inférieur de 0,25 % au taux affiché pour cette option)

Nota : si le compte n'est pas enregistré, les versements de l'intérêt seront automatiquement déposés dans le compte bancaire de la ou du titulaire. S'il s'agit d'un compte de FRR ou de FRV, les versements de l'intérêt sont déposés dans le compte à intérêt quotidien et payés à la ou au titulaire dans le cadre des versements de revenu prévus.

Directives relatives aux placements :

intérêt quotidien _____ \$

(ne peut être combiné avec le compte de dépôt garanti à intérêt quotidien)

CDG ou CDT pour une durée précise :

_____ \$ pendant _____ mois

À la fin de la durée, réinvestir pour la même durée. (Sélection par défaut, si elle n'a pas été précisée.)

À la fin de la durée, réinvestir dans un nouveau CDG pour une durée de _____ mois.

À la fin de la durée, transférer le montant dans le compte à intérêt quotidien. (intérêt composé du CDG seulement)

Échelonnement automatique du CDG : _____ \$ (minimum : 2 500 \$ pendant 5 ans; 5 000 \$ pendant 10 ans)

5 ans (Le dépôt sera réparti également entre les placements d'une durée allant de 1 à 5 ans.

À l'échéance de chacun des placements, les fonds sont réinvestis dans un placement d'une durée de 5 ans.)

10 ans (Le dépôt sera réparti également entre les placements d'une durée allant de 1 à 10 ans.

À l'échéance de chacun des placements, les fonds sont réinvestis dans un placement d'une durée de 10 ans.)

Les taux d'intérêts changent souvent. Les taux d'intérêt actuels sont disponibles sur le site de l'Assurance vie Équitable au www.equitable.ca/fr et peuvent être immobilisés en effectuant le processus pour obtenir une garantie de taux à la section 11.

Si cette section n'est pas remplie, nous appliquerons le taux d'intérêt en vigueur la date à laquelle l'Assurance vie Équitable reçoit l'argent.

Directives de placements ultérieurs :

À moins que le siège social de l'Assurance vie Équitable n'ait reçu des directives contraires au moyen d'un avis écrit, tous les dépôts et les transferts ultérieurs seront déposés au titre du même placement et de la même durée du dépôt initial. S'il s'agit d'un CDG ou d'un CDT, les dépôts seront assujettis à un montant minimal.

Pour les dépôts ultérieurs au compte à intérêt quotidien :

Lorsque les fonds sont suffisants dans le compte à intérêt quotidien, investir les fonds dans un CDG ou un CDT pendant _____ mois.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN COMPTE À INTÉRÊT GARANTI

11. GARANTIE DE TAUX (SECTION FACULTATIVE)

Une garantie de taux fait en sorte d'immobiliser le taux d'intérêt actuel afin d'offrir une protection contre une chute possible des taux d'intérêt.

Étapes pour obtenir la garantie de taux :

1. Sélectionner le type de garantie de taux :
 - a) Garantie de taux de trois jours (pour les dépôts directement du client)
Le client recevra le plus élevé des taux entre (a) le taux d'intérêt en vigueur à la date de réception des fonds et (b) le taux d'intérêt garanti.
Le dépôt doit être reçu dans un délai de trois jours ouvrables suivant la garantie de taux.
 - b) Garantie de taux de 45 jours (fonds arrivant à échéance ou transferts provenant d'un autre établissement financier)
Le client obtiendra le taux d'intérêt garanti. Le dépôt doit être reçu dans un délai de 45 jours suivant la garantie de taux. Si les fonds sont reçus après un délai de 45 jours, le client obtiendra le moins élevé des taux entre le taux d'intérêt en vigueur à la date de réception des fonds et le taux d'intérêt garanti.
2. Remplir la demande de souscription d'un compte à intérêt garanti (CIG).
3. Envoyer la demande signée à l'Assurance vie Équitable, soit par l'entremise du TéléverseurRapide ou par télécopieur au 519 883-7428.
Le taux d'intérêt sera automatiquement garanti en fonction de la date de réception de la demande.
4. S'assurer que le dépôt est reçu par l'Assurance vie Équitable dans un délai de trois jours ouvrables (si le dépôt provient directement du client) ou 45 jours (pour les transferts provenant d'un autre établissement financier).

En soumettant la demande de garantie de taux, vous comprenez et acceptez que :

- a) la présente constitue un engagement irrévocable à aller de l'avant avec ce placement;
- b) la garantie de taux d'intérêt est sous réserve des conditions et des règles administratives qui ont été décrites;
- c) les garanties de taux qui sont non approuvées par le siège social de l'Assurance vie Équitable seront non avenues.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN COMPTE À INTÉRÊT GARANTI

12. VERSEMENTS DE REVENU PRÉVUS (DANS LE CAS DES FRR ET DES FRV; FACULTATIF DANS LE CAS DES CONTRATS NON ENREGISTRÉS)

Veillez remplir la section suivante pour recevoir à intervalles réguliers le montant correspondant à vos retraits prévus de votre contrat de l'Équitable dans votre compte bancaire. Veillez joindre un chèque avec la mention « ANNULÉ ».

Veillez sélectionner la fréquence en ne cochant qu'une seule case.

mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

Date de début ou date de retrait : _____
(aaaa/mm/jj) (du 1^{er} au 28^e jour)

(Veillez prévoir un délai de trois à cinq jours pour le traitement.)

contrat non enregistré

Montant du versement :
_____ \$ (montant de versement brut seulement; les versements nets ne sont pas offerts)

FRR et FRV

Vous devez retirer le montant du versement minimal annuel requis. Au cours de l'année de l'établissement du contrat de FRR ou de FRV, le montant minimal est de zéro. Nous nous réservons le droit de demander une preuve d'âge dans le cas des comptes FRR et FRV.

Montant du versement :

Versement minimal requis (si cette option est choisie, la date de début doit être dans la prochaine année)

_____ \$ (montant de versement brut seulement; les versements nets ne sont pas offerts)
- sous réserve des minimums et des maximums des FRR et des FRV

Versement maximal du FRV (FRV seulement)

Calcul du revenu :

Le calcul des versements de revenu minimal sera effectué en fonction de l'âge de l'une des personnes suivantes :

Rentière ou rentier (rentier par défaut si aucune sélection n'est effectuée)

Conjointe ou du conjoint, ou encore de la conjointe de fait ou du conjoint de fait du rentier*

* Si les versements de FRR ou de FRV sont calculés en fonction de l'âge de la conjointe ou du conjoint, ou encore de la conjointe de fait ou du conjoint de fait, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de la conjointe ou du conjoint, ou encore de la conjointe de fait ou du conjoint de fait : _____ Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____

Les versements de revenu prévus seront prélevés de :

Tous les versements prévus seront effectués à partir du compte à intérêt quotidien jusqu'à ce qu'il soit épuisé et par la suite, tous les versements prévus seront effectués à partir des compte à intérêt garanti et compte de dépôt à terme arrivant prochainement à échéance. Les retraits seront effectués de cette manière si l'une ou plusieurs des conditions suivantes s'appliquent :

1. un pourcentage d'affectation n'a pas été indiqué;
2. le pourcentage demandé ne peut être respecté en raison d'une insuffisance de fonds dans le compte ou les comptes choisis;
3. les pourcentages d'affectation choisis n'égalent pas 100 %.

Si les versements doivent être prélevés selon une affectation précise, veuillez en indiquer les pourcentages ci-dessous.

Intérêt quotidien _____ %

Compte de dépôt garanti ou compte de dépôt à terme _____ %

13. SOURCE DES FONDS

Quelle est la source de l'argent qui est déposé? Veuillez sélectionner toutes les options qui s'appliquent :

- Salaire ou revenu gagné
- Épargne des souscripteurs ou des titulaires
- Revenu d'entreprise
- Fonds empruntés (veuillez préciser) : _____
- Dons (veuillez préciser) : _____
- Vente d'une propriété (veuillez fournir l'adresse) : _____
- Produit d'une prestation de décès ou d'une succession (veuillez fournir le nom de la personne décédée) : _____
- Autre (veuillez préciser) : _____



DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN COMPTE À INTÉRÊT GARANTI

16. DÉCLARATION DE LA RÉSIDENCE FISCALE (DANS LE CAS DES CONTRATS NON ENREGISTRÉS SEULEMENT)

Titulaire de contrat : veuillez choisir toutes les options qui vous concernent.

- Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt.
- 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 des États-Unis (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 : _____

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 n'émet pas de NIF à ses résidents.
- c) Autre raison : _____

Titulaire de contrat conjoint : veuillez choisir toutes les options qui s'appliquent à vous.

- Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt.
- 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 des États-Unis (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 : _____

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 n'émet pas de NIF à ses résidents.
- c) Autre raison : _____



DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN COMPTE À INTÉRÊT GARANTI

17. TIERS (DANS LE CAS DES CONTRATS NON ENREGISTRÉS SEULEMENT)

En soumettant la présente demande de souscription, la ou le titulaire du contrat agit-il au nom d'un tiers?

Votre réponse doit être affirmative dans le cas où une personne autre que le titulaire ou la rentière ou le rentier effectuera les dépôts, ou encore a ou aura une participation financière au titre de ce contrat. Par exemple, une ou un mandataire qui signe au nom d'un titulaire, une personne autre que ce dernier ou que le rentier qui effectue les dépôts ou une société qui fait usage ou accède aux valeurs du contrat.

Non Oui Dans l'affirmative, veuillez remplir soit la section Tiers - individu ou Tiers - entreprise ou entité selon le cas.

Tiers - individu

Nom du tiers (prénom, second prénom, nom de famille) :		Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Lien avec la personne titulaire	
Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville ou municipalité	Province	Code postal
Pays	Emploi (si vous êtes à la retraite ou sans emploi, veuillez indiquer votre ancien emploi) :			
Numéro de téléphone		Titre de poste : _____		
		Fonctions : _____		
Type de tiers (en choisir un et joindre toute documentation légale applicable)				
<input type="checkbox"/> payeur <input type="checkbox"/> fiduciaire <input type="checkbox"/> exécuteur <input type="checkbox"/> garantie ou cessionnaire <input type="checkbox"/> mandataire par procuration				
<input type="checkbox"/> autre (veuillez préciser) : _____				

Tiers - entreprise ou entité

Dénomination sociale complète		Lien avec la personne titulaire		
Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville ou municipalité	Province	Code postal
Numéro de téléphone	Pays	Nature de l'activité principale de l'entreprise		
Numéro de constitution ou d'enregistrement (le cas échéant)		Territoire de compétence ou pays de délivrance (le cas échéant)		
Type de tiers (en choisir un et joindre toute documentation légale applicable)				
<input type="checkbox"/> payeur <input type="checkbox"/> fiduciaire <input type="checkbox"/> exécuteur <input type="checkbox"/> garantie ou cessionnaire <input type="checkbox"/> mandataire par procuration				
<input type="checkbox"/> autre (veuillez préciser) : _____				



DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN COMPTE À INTÉRÊT GARANTI

18. POSTES POLITIQUES (DANS LE CAS DES CONTRATS NON ENREGISTRÉS ET SEULEMENT LORSQUE LE DÉPÔT EST D'AU MOINS 100 000 \$)

Aux fins de cette question :

- Le terme « payeuse » ou « payeur » s'entend de la personne qui effectue les paiements au titre du contrat.
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 au payeur 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 payeur ou l'un des proches collaborateurs occupe-t-il, ou a-t-il déjà occupé, l'un des postes indiqués ci-dessous OU le payeur est-il un membre de la famille d'une personne qui occupe ou a déjà occupé l'un des postes ci-dessous?

Non – aller à la section 19 Oui – indiquer le poste occupé ci-dessous

Postes occupés au Canada ou dans un autre pays

Nota : 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 seulement, 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)

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?

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

Comment cette personne est-elle liée à la payeuse ou au payeur?

- La personne est la payeuse ou le payeur
- Membre de la famille (lien) : _____
- Proche collaboratrice ou proche collaborateur (lien) : _____

Nota : si plus d'une personne avait occupé un de ces postes, veuillez remplir les sections 1 et 2 du formulaire [Mise à jour des renseignements du client \(n° 1027FR\)](#) pour chaque personne supplémentaire.

Quelle est la source de fonds de la payeuse ou du payeur? Veuillez sélectionner toutes les options qui s'appliquent :

- Salaire ou revenu gagné
- Revenu de la propriété ou portefeuille d'actions
- Revenu d'entreprise
- Loterie
- Revenu de placement
- Héritage
- Autre : _____



DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN COMPTE À INTÉRÊT GARANTI

19. DIRECTIVES SPÉCIALES (SECTION FACULTATIVE)

20. CONSENTEMENT ET PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Dans la présente section, sauf indication contraire, les termes « je », « me », « ma », « mon » et « mes » renvoient aux titulaires du contrat et à la personne rentière.

1. J'accepte et je confirme que les renseignements personnels que j'ai fournis de plein gré à la courtière ou au courtier indépendant ou à l'Assurance vie Équitable, recueillis dans la présente demande de souscription et conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par l'Assurance vie Équitable aux fins de souscription, de service, d'administration et du traitement des réclamations qui y sont liées, ainsi que de tout contrat en résultant et de tout document complémentaire. Les renseignements contenus dans les dossiers sont accessibles pour les besoins mentionnés ci-dessus par le personnel autorisé de l'Assurance vie Équitable, les tiers engagés par l'Assurance vie Équitable, son réseau de distribution, l'administration fiscale canadienne ou étrangère et toute autre personne ou partie qui obtient mon autorisation.
2. Je reconnais que mes renseignements personnels peuvent être traités et conservés à l'extérieur du Canada et que, par conséquent, ces renseignements sont susceptibles d'être assujettis aux lois de ces territoires de compétence. Si mon contrat est établi au Québec, mes renseignements personnels seront conservés à l'extérieur du Québec.
3. En tant que titulaire, je consens à l'utilisation de mon adresse courriel pour établir un compte Accès à la clientèle de l'Équitable et fournir les avis qui y sont associés, effectuer la livraison électronique du contrat et communiquer par voie électronique à toute autre fin administrative.
4. En tant que titulaire, je consens et j'accepte : a) que la présente demande de souscription puisse être transmise à la Compagnie par voie électronique et sera considérée par la Compagnie comme l'original de ma proposition d'assurance; et b) à la livraison électronique du contrat à mon intention, s'il est établi, et de tout autre document ou toute autre communication écrite liée au contrat.

Pour de plus amples renseignements au sujet des pratiques de la Compagnie en matière de vie privée et sur la façon de communiquer avec le responsable de la protection des renseignements personnels, veuillez consulter le site au www.equitable.ca/fr.

5. Demandes électroniques seulement : en tant que titulaire, je consens et j'accepte que les renseignements contenus dans cette demande, y compris des renseignements personnels sensibles comme mon numéro d'assurance sociale, ma date de naissance et mes renseignements financiers feront partie des documents électroniques fournis à chaque partie qui est tenue de signer la demande. Je consens à ce que l'Assurance vie Équitable fournisse les renseignements contenus dans la présente demande à chacune des autres parties à des fins de signature de la demande. Si je ne souhaite pas donner ce consentement, je peux refuser de signer la demande et informer ma conseillère ou mon conseiller que je souhaite plutôt poursuivre le traitement de la demande en version papier.

Consentement au marketing :

L'Assurance vie Équitable est autorisée à utiliser les renseignements fournis dans la présente demande de souscription et dans ses dossiers pour me fournir des renseignements sur ses autres produits et services, sauf si j'indique Non.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN COMPTE À INTÉRÊT GARANTI

21. CONVENTION ET SIGNATURES

Dans la présente section, sauf indication contraire, les termes « je », « me », « ma », « mon » et « mes » renvoient aux titulaires du contrat et à la personne rentière.

J'accepte et je confirme que :

1. Mon acceptation du contrat établi atteste de mon approbation de toute modification, correction ou tout ajout à cette demande de souscription apportée par le siège social de l'Assurance vie Équitable par l'entremise d'avenants.
2. Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à jour, exacts et complets. J'aviserai l'Assurance vie Équitable dans un délai de 30 jours de tout changement relatif à ma résidence fiscale, à mon statut de citoyenneté américaine ou à tout numéro d'identification fiscal.
3. Seul le siège social de l'Assurance vie Équitable est autorisé à modifier la présente demande de souscription, établir un contrat ou retirer des exigences. Toute autorisation doit être présentée par écrit.
4. Le contrat établi n'entrera pas en vigueur avant que le dépôt initial effectué avec la demande de souscription n'ait été honoré par mon établissement financier.
5. Pour les contrats enregistrés seulement : Je demande à l'émetteur ou à l'assureur d'enregistrer le compte à intérêt garanti à titre de régime enregistré d'épargne-retraite ou de fonds enregistré de revenu de retraite en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada et, le cas échéant, la *Loi sur les impôts* du Québec. Je conviens de fournir tout autre renseignement pouvant être nécessaire à l'égard de l'enregistrement de ce contrat.
6. Je comprends que toutes les sommes versées en vertu du présent contrat sont assujetties à l'impôt et que tous les numéros d'assurance sociale (NAS) sont recueillis aux fins de l'impôt.
7. Je reconnais, comprends et accepte les conditions indiquées à la section de l'entente de service de débit préautorisé.
8. J'autorise l'Assurance vie Équitable à exécuter mes directives de service comme fournies par ma conseillère ou mon conseiller. La présente autorisation de négociation peut comprendre, notamment, les achats, les retraits, toute modification des directives relatives aux placements, le réinvestissement de fonds qui arrivent à échéance, l'entente de service de débit préautorisé (DPA). Je reconnais que l'Assurance vie Équitable peut effectuer toutes les demandes d'opération autorisées fournies par ma conseillère ou mon conseiller. J'établirai un compte Accès à la clientèle de l'Équitable, selon les exigences des règles administratives de l'autorisation de négociation de l'Assurance vie Équitable.

J'accuse réception d'une copie du contrat de compte à intérêt garanti et reconnais que je peux accéder à ce document en ligne à l'adresse www.equitable.ca/aller/contrats.

Signature du titulaire du contrat	Signé dans la province de	Date (aaaa/mm/jj)
_____	_____	_____
Signature du titulaire du contrat conjoint	Signé dans la province de	Date (aaaa/mm/jj)
_____	_____	_____
Signature du titulaire successeur (si autre que le titulaire)		Date (aaaa/mm/jj)
_____		_____
Signature du rentier (si autre que le titulaire)		Date (aaaa/mm/jj)
_____		_____
Signature du rentier successeur (si autre que le titulaire)		Date (aaaa/mm/jj)
_____		_____

Renseignements sur le payeur (requis uniquement si la payeuse ou le payeur est une personne autre que la personne titulaire)
En signant ci-dessous, le payeur indique qu'il accepte les conditions indiquées dans la section de l'entente de service de débit préautorisé.
Si plus d'une signature est requise pour autoriser le paiement du compte bancaire, tous les payeurs doivent signer ci-dessous.

Nom du payeur	Signature du payeur	Date (aaaa/mm/jj)
_____	_____	_____
Nom du copayeur	Signature du copayeur	Date (aaaa/mm/jj)
_____	_____	_____

Nom du mandataire
_____ a signé au nom de _____.

Si le mandataire a signé au nom d'une autre personne, veuillez joindre la documentation applicable.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN COMPTE À INTÉRÊT GARANTI

22. CONFIRMATION DU CONSEILLER ET SIGNATURE

En signant au bas de cette page, la conseillère ou le conseiller déclare ce qui suit :

- Je détiens un permis dans la province dans laquelle la demande de souscription est signée.
- J'ai expliqué le contenu du contrat pour l'ouverture d'un compte à intérêt garanti à la personne titulaire et je lui ai fourni un exemplaire du contrat.
- J'ai communiqué les renseignements suivants à toute personne titulaire du contrat :
 - le nom de la compagnie ou des compagnies que je représente;
 - le fait que je touche des commissions pour la vente de produits de placement assortis d'une composante assurance et que je puisse recevoir des bonis, des invitations à des congrès ou d'autres incitatifs;
 - tout conflit d'intérêts que je peux avoir relativement à l'opération en cours.
- J'ai passé en revue les renseignements fournis contenus dans la présente demande de souscription avec toute personne titulaire et, à ma connaissance, ces renseignements sont complets et véridiques.
- Je demande à l'Assurance vie Équitable de réduire la commission octroyée pour les comptes à intérêt garanti, devant m'être versée, de _____ points de base par année pour le compte de dépôt garanti (CDG) de la durée ou des durées indiquées à la section 10. Le taux garanti du CDG sera augmenté des mêmes points de base jusqu'à échéance (p. ex. : une réduction de 5 points de base en commission augmentera le taux d'intérêt du CDG de 0,05 %.). Nota : le rajustement du taux d'intérêt ne s'appliquera pas aux nouveaux placements ou dépôts futurs. Le rajustement du taux d'intérêt se limite aux CDG d'une durée de 10 ans ou moins.

Signature du conseiller

Date (aaaa/mm/jj)

Vous aurez besoin de trois copies de cette demande (une pour le titulaire, une pour le conseiller et une pour l'Assurance vie Équitable).

À propos de l'Équitable

Chez l'Équitable, nous croyons en la force de travailler ensemble. Cela oriente notre façon de collaborer les uns avec les autres, la façon dont nous aidons nos clients et nos partenaires, et la façon dont nous soutenons les communautés où nous vivons et travaillons.

Ensemble, nous et nos partenaires de partout au Canada offrons des solutions en matière d'assurance individuelle, d'assurance collective et d'épargne-retraite. Ainsi, nous aidons nos clients à se protéger aujourd'hui tout en préparant demain.

Nous croyons que le monde est meilleur lorsque nous travaillons ensemble à bâtir une vie Équitable pour tous.



MC et MD indiquent respectivement une marque de commerce et une marque déposée de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada

799FR (2023/09/01)