



## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

Nom de la proposante ou du proposant, ou encore de la titulaire ou du titulaire (prénom, nom de famille)

Numéro de contrat, de proposition 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
- le numéro d'enregistrement de nom d'entreprise ou de recherche de nom d'entreprise

Veillez indiquer le nom des dirigeants de la société par actions :

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 et partenariat :**

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)

**Syndicat :**

une copie de la plus récente convention collective

**Association :**

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

**Société à responsabilité limitée ou autre type de société :**

les statuts constitutifs





## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

### 2. Propriété bénéficiaire

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)	
Ville	Province	Code postal
Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Adresse personnelle (numéro municipal et nom de la rue)	
Ville	Province	Code postal
Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Adresse personnelle (numéro municipal et nom de la rue)	
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				
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, carte provinciale avec photo (excluant la carte d'assurance maladie provinciale), passeport, carte de citoyenneté, carte de résident permanent ou certificat de statut d'Indien.				
Confirmation de la conseillère ou du conseiller :				
<input type="checkbox"/> J'ai, en tant que conseillère ou conseiller, tenu et vu la pièce d'identité originale avec photo. 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 par le conseiller (jj/mm/aaaa)

#### B) À distance

Veuillez 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)

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, carte provinciale avec photo (excluant la carte d'assurance maladie provinciale), passeport, carte de citoyenneté, carte de résident permanent ou certificat de statut d'Indien.

Confirmation de la conseillère ou du conseiller :

J'ai, en tant que conseillère ou conseiller, tenu et vu la pièce d'identité originale avec photo. 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.

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, carte provinciale avec photo (excluant la carte d'assurance maladie provinciale), passeport, carte de citoyenneté, carte de résident permanent ou certificat de statut d'Indien.

Confirmation de la conseillère ou du conseiller :

J'ai, en tant que conseillère ou conseiller, tenu et vu la pièce d'identité originale avec photo. 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

### 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 résidence fiscale : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification fiscal (NIF ou TIN) : \_\_\_\_\_

Si l'entité ne possède pas de NIF ou de TIN 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 ou d'un TIN, mais ne l'a pas encore reçu.

b) Le territoire de résidence de l'entité n'émet pas de NIF ou de TIN à ses résidents.

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

### 5. Classification fiscale de l'entité

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

Veillez 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/nnrstdnts/nhncdrprtng/crs/jrsdctns-fra.html](http://www.cra-arc.gc.ca/tx/nnrstdnts/nhncdrprtng/crs/jrsdctns-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 – 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 5.4 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"/> Autre personne détenant le contrôle d'une fiducie	<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'un fiduciaire ou d'un fiduciaire d'une structure juridique autre qu'une fiducie	<input type="checkbox"/> Équivalent d'une protectrice ou d'un protecteur 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 bénéficiaire ou d'un bénéficiaire d'une structure juridique autre qu'une fiducie	<input type="checkbox"/> Équivalent d'une personne détenant le contrôle d'une structure juridique autre qu'une fiducie
<input type="checkbox"/> Constituante ou constituant d'une fiducie		
<input type="checkbox"/> Fiduciaire d'une fiducie		
<input type="checkbox"/> Protectrice ou protecteur d'une fiducie		
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire 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

Veillez 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 (TIN) des États-Unis.

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'une compétence autre que le Canada ou les États-Unis.** Si vous avez coché cette case, veuillez fournir les renseignements suivants :

Compétence de résidence fiscale : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification fiscal (NIF ou TIN) : \_\_\_\_\_

Si l'entité ne possède pas de NIF ou de TIN 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 ou d'un TIN, mais je ne l'ai pas encore reçu.

b) Mon territoire de compétence de résidence n'émet pas de NIF ou de TIN 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

Veillez 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 de contribuable (TIN) des États-Unis.

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'une compétence autre que le Canada ou les États-Unis.** Si vous avez coché cette case, veuillez fournir les renseignements suivants :

Compétence de résidence fiscale : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification fiscal (NIF ou TIN) : \_\_\_\_\_

Si l'entité ne possède pas de NIF ou de TIN 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 ou d'un TIN, mais je ne l'ai pas encore reçu.  
 b) Mon territoire de compétence de résidence n'émet pas de NIF ou de TIN 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)



## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

### 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. 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.