



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

Veillez remplir le présent formulaire si la requérante ou le requérant présente une demande de réclamation en vertu d'un contrat d'assurance vie entière ou d'assurance vie universelle en tant qu'entité. Veillez remplir le formulaire n° 682WUFR, si la requérante ou le requérant présente une demande de réclamation en vertu d'un contrat d'assurance vie entière ou d'assurance vie universelle en tant que particulier, ou le formulaire n° 682TCFR dans le cas de contrats d'assurance vie temporaire ou d'assurance maladies graves. Vous trouverez ces formulaires sur le site RéseauÉquitable.

Numéro de chaque contrat en vertu duquel une demande de réclamation est présentée	
Nom de la personne décédée (au complet)	Province ou État du domicile
Date du décès	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

À votre connaissance, la personne décédée fumait-elle? Oui Non

Dans l'affirmative, 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

Dans l'affirmative, quand et pendant combien de temps? _____

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



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

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

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

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

Veillez indiquer le nom des dirigeants de la société :

Nom	Nom
Nom	Nom



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

1. Identification de l'entité (suite)

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

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

Veuillez indiquer le nom des dirigeants de l'organisation :

Nom	Nom
Nom	Nom

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

Entreprise à propriétaire unique:

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

Association :

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

Syndicat :

une copie de la plus récente convention collective

Partenariat :

une copie de l'entente de partenariat



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

1. Identification de l'entité (suite)

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

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

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

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

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

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

Dans l'affirmative, indiquer le numéro d'enregistrement _____

Veuillez indiquer le nom des dirigeants de l'organisme :

Nom	Nom
Nom	Nom

d) Succession ou fiducie

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

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

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

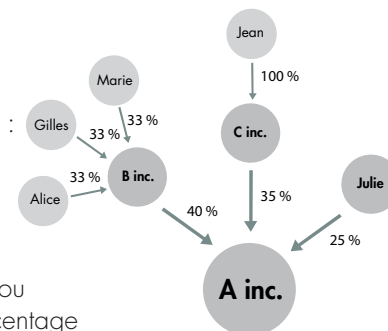
- l'accord ou l'acte de fiducie le testament ou les documents successoraux



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

2. Structure de propriété et propriété bénéficiaire

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



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

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

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

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

3. Déclaration de la résidence fiscale

Veuillez choisir toutes les options qui concernent l'entité.

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

Numéro de compte de fiducie : T-_____

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

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

Territoire de compétence de la résidence fiscale : _____

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

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

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

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

c) Autre raison : _____



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

4. RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT

Les renseignements suivants sont requis afin de nous conformer aux lois canadiennes. Afin de pouvoir traiter votre demande de réclamation, veuillez fournir tous les renseignements suivants.

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

Comment souhaitez-vous que la prestation soit versée?

Par dépôt direct au compte bancaire de toute personne bénéficiaire. Joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ » ou une lettre de la banque qui indique que la ou le bénéficiaire est titulaire du compte bancaire.

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 : _____

5. RENSEIGNEMENTS SUR LE FIDUCIAIRE

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

Nom (en lettres moulées s.v.p.)		NAS / N° d'id. aux fins de l'impôt (IRS)	
Adresse		Ville ou municipalité	Province
Numéro de téléphone		Code postal ou code ZIP	Pays
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Lien avec le titulaire de contrat	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 – ENTITÉS

6. Déclaration et signatures du requérant

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

En signant ci-dessous :

- Vous déclarez que vous avez l'autorisation de signer au nom de l'entité requérante.
- Vous reconnaissez que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à jour, exacts et complets.
- Vous autorisez tous les médecins et toutes les autres personnes ayant traité la personne décédée, ainsi que tous les hôpitaux, les établissements et toutes les instances gouvernementales à fournir à l'Assurance vie Équitable du Canada tout renseignement, en leur possession ou à leur connaissance, relatif à la personne décédée et d'honorer une copie de cette autorisation.

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)

Fait à _____ le _____

Témoin _____ 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.

DIRECTIVES

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir de l'aide afin de remplir la présente déclaration et de fournir une preuve de réclamation, veuillez communiquer avec notre personnel au siège social au 1 800 668-4095.

1. Si le contrat est cédé :

- a) La cessionnaire ou le cessionnaire doit remplir une déclaration ainsi que la personne bénéficiaire. Le paiement sera versé conjointement à la personne bénéficiaire et au cessionnaire.

Remarque : l'Assurance vie 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'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.