



DÉCLARATION DU REQUÉRANT – ENTITÉS

Veillez remplir le présent formulaire si la requérante ou le requérant est une entité. Pour les contrats où 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. Vous trouverez ces formulaires sur le site RéseauÉquitable.

DIRECTIVES

1. Si le contrat est cédé, la ou le cessionnaire doit remplir une déclaration ainsi que la personne bénéficiaire. Le paiement sera versé conjointement à la personne bénéficiaire et au cessionnaire.
2. La représentante ou le représentant à la question 4 est la personne qui remplit le formulaire au nom de l'entité requérante.
3. Une vérification de l'identité peut être requise afin de respecter la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent (voir la section 1 pour de plus amples directives).

Numéros de contrat pour cette demande de réclamation	Adresse courriel
Nom de la personne décédée (au complet)	Province ou État
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



DÉCLARATION DU REQUÉRANT – ENTITÉS

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 », veuillez indiquer le type d'assurance : _____ 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?

1. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU REQUÉRANT

L'Équitable est tenue de vérifier l'identité de la requérante ou 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 \$.

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)			
Votre entreprise exerce-t-elle ses activités sous un autre nom? Veuillez les énumérer :			

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). Veuillez choisir et annexer au moins une copie :

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



DÉCLARATION DU REQUÉRANT – ENTITÉS

1. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU REQUÉRANT(suite)

Veillez indiquer le nom des dirigeants de la société :

Nom	Nom
Nom	Nom

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

Nom 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	
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)			

Veillez indiquer le nom des dirigeants de l'organisation :

Nom	Nom
Nom	Nom

Veillez 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 statuts constitutifs, des règlements administratifs, de la convention d'association ou du contrat nominal (Québec)

Syndicat :

une copie de la plus récente convention collective

Partenariats :

une copie de l'entente de partenariat



DÉCLARATION DU REQUÉRANT – ENTITÉS

1. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU REQUÉRANT(suite)

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

Nom 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 annexé les dossiers de disposition concernant le pouvoir d'engager l'organisation (personnes ayant l'autorité de signer au nom de l'organisation). Veuillez choisir et annexer au moins une des options suivantes :

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

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

Si la réponse est « oui », veuillez fournir 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 liquidateurs, les bénéficiaires et les constituants d'une fiducie ou d'une succession :

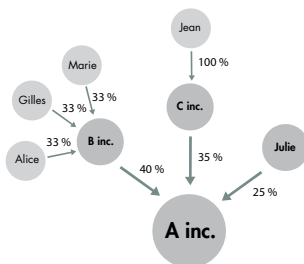
Veuillez indiquer le choix approprié :	Nom	Adresse
<input type="checkbox"/> fiduciaire, liquidatrice ou liquidateur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, liquidatrice ou liquidateur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, liquidatrice ou liquidateur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, liquidatrice ou liquidateur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, liquidatrice ou liquidateur <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) :		
<input type="checkbox"/> l'accord ou l'acte de fiducie <input type="checkbox"/> le testament ou les documents successoraux		



DÉCLARATION DU REQUÉRANT – ENTITÉS

2. STRUCTURE DE PROPRIÉTÉ ET PROPRIÉTAIRE 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 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 – ENTITÉS

4. RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT

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.)		Numéro d'assurance sociale ou no 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 la ou le titulaire de contrat		Emploi (titre de poste et fonctions) – si vous ne travaillez pas actuellement, veuillez indiquer votre ancien emploi
Quel est votre rôle ou votre lien par rapport à cette demande de réclamation (p. ex., liquidatrice ou liquidateur, cessionnaire ou personne signataire)?			Lien avec la personne décédée

Comment souhaitez-vous que la prestation soit versée?

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 _____

5. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT

L'Équitable est tenue de vérifier l'identité de la représentante ou du représentant au titre des contrats d'assurance vie universelle ou d'assurance vie entière lorsque la prestation de décès correspond à au moins 10 000 \$. 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 – ENTITÉS

6. DÉCLARATION ET SIGNATURES DU REPRÉSENTANT

En signant ci-dessous, vous reconnaissez et déclarez ce qui suit :

- a) Je déclare que j'ai l'autorisation de signer au nom de l'entité requérante.
- b) Je certifie que tous les renseignements fournis dans la présente déclaration sont à jour, exacts et complets.
- c) Les renseignements personnels que j'ai fournis de plein gré à l'Équitable et conservés dans ses dossiers seront utilisés par l'Équitable aux fins de traitement et d'évaluation des demandes de réclamation, d'amélioration et d'élaboration d'outils, d'études, d'algorithmes et de produits liés à l'assurance ou à la réassurance, 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.
- d) Je reconnais que les renseignements personnels à mon sujet, au sujet de la personne assurée ou d'autres personnes liées au requérant 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.

Prénom	Initiale du second prénom	Nom de famille	
Signature du représentant		Titre	Date (jj/mm/aaaa)

Prénom	Initiale du second prénom	Nom de famille	
Signature du représentant		Titre	Date (jj/mm/aaaa)

Prénom	Initiale du second prénom	Nom de famille	
Signature du représentant		Titre	Date (jj/mm/aaaa)

Fait à _____ le _____

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.