



LES RENTES IMMÉDIATES DE L'ÉQUITABLE | Épargne-retraite

Demande de souscription

rente immédiate

En tant que titulaire de contrat de l'Assurance vie Équitable, vous aurez instantanément accès aux renseignements sur votre contrat par l'entremise du site **Accès à la clientèle 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 relevés et vos lettres.**
- **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 les joindre du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h 30 (heure de l'Est) au 1 800 668-4095.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE RENTE IMMÉDIATE

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE RENTIER (SUITE) (DOIT ÊTRE TITULAIRE D'UN RÉGIME ENREGISTRÉ)

Vérification de l'identité : votre identité canadienne doit être vérifiée par votre conseillère ou votre conseiller. Veuillez choisir l'une des pièces d'identité suivantes : permis de conduire provincial, carte provinciale avec photo (sauf la carte d'assurance maladie provinciale), passeport, carte de citoyenneté (délivrée avant 2012), carte de résident permanent ou certificat sécurisé de statut d'Indien.

Prénom : _____ Nom de famille : _____

- À titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la titulaire ou le titulaire, j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire. Veuillez préciser :

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

Si vous ne possédez pas l'une de ces pièces d'identité indiquées ci-dessus, ou si cela n'est pas effectué en personne, veuillez vous rendre au site www.equitable.ca/aller/autre-identite pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité.

- À titre de conseillère ou conseiller, j'ai suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité, y compris la revue de deux documents valides et actuels de catégories* différentes comme indiqué dans les directives. Veuillez préciser :

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

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

- La demande de souscription n'a pas été remplie en personne.
- Je, personne titulaire, consens à ce que l'Assurance vie Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services et communique les résultats à ma conseillère ou mon conseiller aux fins de conformité à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent.

3. CORENTIER* (LE CAS ÉCHÉANT)

* Doit être l'époux ou le conjoint de fait cotisant, dans le cas d'une rente enregistrée

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)
Date de naissance (aaaa/mm/ij)	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
Numéro d'assurance sociale (NAS)	

Emploi (titre de poste et fonctions) – si vous êtes à la retraite, veuillez indiquer votre ancien emploi

Vérification de l'identité : votre identité canadienne doit être vérifiée par votre conseillère ou votre conseiller. Veuillez choisir l'une des pièces d'identité suivantes : permis de conduire provincial, carte provinciale avec photo (sauf la carte d'assurance maladie provinciale), passeport, carte de citoyenneté (délivrée avant 2012), carte de résident permanent ou certificat sécurisé de statut d'Indien.

Prénom : _____ Nom de famille : _____

- À titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la titulaire ou le titulaire, j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire. Veuillez préciser :

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

Si vous ne possédez pas l'une de ces pièces d'identité indiquées ci-dessus, ou si cela n'est pas effectué en personne, veuillez vous rendre au site www.equitable.ca/aller/autre-identite pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE RENTE IMMÉDIATE

3. CORENTIER* (LE CAS ÉCHÉANT)

À titre de conseillère ou conseiller, j'ai suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité, y compris la revue de deux documents valides et actuels de catégories* différentes comme indiqué dans les directives. 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.

La demande de souscription n'a pas été remplie en personne.

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

4. TITULAIRE (DANS LE CAS DES CONTRATS NON ENREGISTRÉS SEULEMENT)

- Rentière ou rentier (la titulaire ou le titulaire sera le rentier par défaut si aucune option n'est choisie)
 Rentière ou rentier et corentière ou corentier (titulaires conjoints — contrats non enregistrés seulement)
 Autre (fournir les renseignements ci-dessous — contrats non enregistrés seulement)

Dans le cas d'une société par actions ou d'un groupement sans personnalité morale, vous devez également remplir le formulaire Renseignements sur l'entreprise (n° 594FR).

Nous expédierons les renseignements sur le contrat et la correspondance subséquente uniquement à l'adresse postale de la titulaire principale ou du titulaire principal.

M. Mme

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)

Adresse (numéro, rue et appartement)

Ville ou municipalité

Province

Code postal

Numéro de téléphone

Il est important d'indiquer votre adresse courriel

Dès que votre contrat est en vigueur, nous vous transmettrons un lien afin de vous inscrire sur le site **Accès à la clientèle de l'Équitable**, notre site en ligne destiné aux clients où vous pouvez visualiser et gérer les renseignements sur votre contrat 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Date de naissance (aaaa/mm/jj)

Adresse courriel

Sexe : masculin féminin

Numéro d'assurance sociale (NAS)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Emploi (titre de poste et fonctions) — si vous êtes à la retraite, veuillez indiquer votre ancien emploi

Vérification de l'identité : votre identité canadienne doit être vérifiée par votre conseillère ou votre conseiller. Veuillez choisir l'une des pièces d'identité suivantes : permis de conduire provincial, carte provinciale avec photo (sauf la carte d'assurance maladie provinciale), passeport, carte de citoyenneté (délivrée avant 2012), carte de résident permanent ou certificat sécurisé de statut d'Indien.

Prénom : _____ Nom de famille : _____

À titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la titulaire ou le titulaire, j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire. 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)

Si vous ne possédez pas l'une de ces pièces d'identité indiquées ci-dessus, ou si cela n'est pas effectué en personne, veuillez vous rendre au site www.equitable.ca/aller/autre-identite pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE RENTE IMMÉDIATE

4. TITULAIRE (SUITE) (DANS LE CAS DES CONTRATS NON ENREGISTRÉS SEULEMENT)

À titre de conseillère ou conseiller, j'ai suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité, y compris la revue de deux documents valides et actuels de catégories* différentes comme indiqué dans les directives. 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.

La demande de souscription n'a pas été remplie en personne.

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

5. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

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

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 titulaire ou du titulaire (marié ou en union civile) est irrévocable, sauf si le titulaire stipule que la désignation est révoquable 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 révoquable.

Nom des bénéficiaires	Date de naissance si personne mineure (aaaa/mm/jj)	Fiduciaire s'applique	Lien avec le rentier (au Québec – lien avec le titulaire)	Part de la prestation (doit éгалer 100 %)
		<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 (au Québec – lien avec le titulaire)	Part de la prestation (doit éгалer 100 %)
		<input type="checkbox"/>		%
		<input type="checkbox"/>		%
		<input type="checkbox"/>		%

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

Souhaitez-vous que toutes les personnes bénéficiaires nommées ci-dessus puissent recevoir le reste des versements de revenu garanti sous forme de somme forfaitaire escomptée*? OUI NON

Dans la négative, veuillez indiquer toute personne bénéficiaire qui devrait recevoir une partie de la prestation de décès applicable sous forme de versements garantis continus.

Noms : _____

Nota : tout versement de revenu garanti restant **DOIT** être escompté sous forme de paiement forfaitaire lorsque : a) les fonds sont non enregistrés et que la bénéficiaire ou le bénéficiaire est une société, une association, un partenariat, un ayant droit à la succession ou encore, une liquidatrice ou un liquidateur **OU** b) les fonds sont enregistrés et que la bénéficiaire ou le bénéficiaire n'est pas la conjointe ou le conjoint de la rentière ou du rentier lors du décès (*Loi de l'impôt sur le revenu du Canada*).

* Si aucune réponse ne figure à cette question, nous considérerons que vous avez répondu « OUI ».



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE RENTE IMMÉDIATE

6. RENONCIATION DU CONJOINT (DANS LE CAS DES FONDS IMMOBILISÉS SEULEMENT)

Renseignements sur le conjoint ou le conjoint de fait

Ne pas remplir cette section si les fonds immobilisés relèvent des compétences suivantes : Nouveau-Brunswick, Québec ou la loi fédérale intitulée *Loi de 1985 sur les normes de prestation de pension*.

M. Mme Nom au complet de la conjointe ou du conjoint, ou encore de la conjointe de fait ou du conjoint de fait (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)

Je déclare que je n'ai pas de conjointe ou de conjoint, ou encore de conjointe de fait ou de conjoint de fait au sens de la loi applicable.

Signature

Date

Je suis divorcée ou divorcé ou ma conjointe ou mon conjoint est décédé (Veuillez fournir une copie du certificat de décès ou du décret de divorce.)

J'ai une conjointe ou un conjoint, ou encore une conjointe de fait ou un conjoint de fait au sens de la loi applicable et je choisis :

une rente viagère réversible

une rente viagère (**formulaire de renonciation du conjoint pertinent requis**)

7. COTISATIONS

Nota : le dépôt minimal doit être de 10 000 \$. Le dépôt forfaitaire maximal est de 1 000 000 \$ ou 5 000 \$ de revenu mensuel.

Chèque personnel

Somme de _____ \$

Transfert externe

Établissement cédant : _____ Somme de : _____ \$

Transfert interne

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

Numéro de contrat de l'Équitable : _____ Somme de _____ \$

8. RENSEIGNEMENTS SUR LE SERVICE DE DÉPÔT DIRECT

Vous devez joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ ». Les versements prévus ne sont disponibles que par l'entremise du service de dépôt direct à votre compte bancaire.

Nom de la prestataire ou du prestataire (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)

Date du premier versement (aaaa/mm/jj) (du 1^{er} au 28^e jour) Montant de revenu approximatif (\$)

Payable : annuellement semestriellement
 trimestriellement mensuellement

Ce contrat servira-t-il à financier un contrat d'assurance vie? NON OUI N° de contrat : _____ (possible seulement pour une rente certaine)

L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (l'« Assurance vie Équitable ») a l'autorisation de verser des fonds en vertu de son service de dépôt direct (« SDD ») au compte bancaire ci-dessous, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

CONDITIONS : Il est entendu et convenu que :

1) Le SDD prendra fin conformément aux conditions précisées dans le contrat.

2) L'Assurance vie Équitable peut mettre fin au SDD au moyen d'un préavis écrit signifié à la prestataire ou au prestataire.

3) Toutes les sommes payées par l'Assurance vie Équitable après le décès des personnes rentières doivent être retournées à l'Assurance vie Équitable pour faire en sorte qu'elle puisse verser, en bonne et due forme, toute prestation de décès payable à la bénéficiaire ou au bénéficiaire.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE RENTE IMMÉDIATE

9. SOUHAITEZ-VOUS FAIRE LA DEMANDE D'UNE GARANTIE DE TAUX? (SECTION FACULTATIVE)

L'Assurance vie Équitable exige de recevoir la présente demande de souscription dans un délai de trois jours suivant la confirmation de la garantie de taux.
Veuillez ne pas soumettre la demande de souscription plus d'une fois (par télécopieur ou par courriel), car les demandes multiples pourraient retarder le traitement de votre demande.

La conseillère ou le conseiller doit fixer le taux d'intérêt en transmettant la demande de souscription dûment remplie par télécopieur à notre numéro réservé à la garantie de taux au 519 883-7428. Votre taux d'intérêt sera automatiquement garanti en fonction de la date de réception de la télécopie. Vous pouvez également communiquer avec notre équipe des services aux conseillers au 1 866 884-7427 afin de fixer une garantie de taux ou de répondre à vos questions.

Garantie de taux de trois jours (chèques personnels seulement) :

Les fonds reçus au siège social de l'Assurance vie Équitable dans un délai de trois jours ouvrables suivant la date de confirmation ou celle de la télécopie, obtiendront le plus élevé des taux entre le taux d'intérêt en vigueur à la date de la réception et le taux d'intérêt garanti.

OU

Garantie de taux de 45 jours (fonds arrivant à échéance ou transferts provenant d'un autre établissement financier) :

Les fonds reçus au siège social de l'Assurance vie Équitable dans un délai de 45 jours suivant la date de confirmation ou celle de la télécopie, obtiendront le taux d'intérêt garanti. Les fonds reçus après un délai de 45 jours obtiendront 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.

Les taux d'intérêt qui sont non approuvés par le siège social de l'Assurance vie Équitable seront non avenues.

Je confirme que :

- la présente constitue un engagement irrévocable de ma part à aller de l'avant avec ce placement;
- la garantie du taux d'intérêt est sous réserve des conditions mentionnées ci-dessus et des exigences administratives de l'Assurance vie Équitable.

10. SOURCE DES FONDS

Veuillez sélectionner toutes les options qui s'appliquent :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salaire ou revenu gagné | <input type="checkbox"/> Revenu d'entreprise | <input type="checkbox"/> Vente d'une propriété |
| <input type="checkbox"/> Fonds empruntés | <input type="checkbox"/> Dons | <input type="checkbox"/> Produit d'une prestation de décès ou d'une succession |
| <input type="checkbox"/> Épargne des souscripteurs ou des titulaires | <input type="checkbox"/> Autre _____ | |

11. OBJET DU CONTRAT

Veuillez indiquer la raison ou les raisons mentionnées par la cliente ou le client. (Tous les contrats ne conviennent pas à toutes fins.)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Épargne à court terme | <input type="checkbox"/> Retraite ou épargne à long terme | <input type="checkbox"/> Protection d'entreprise ou d'une personne clé ou convention de rachat |
| <input type="checkbox"/> Création d'un revenu | <input type="checkbox"/> Don | <input type="checkbox"/> Protection de revenu ou protection familiale |
| <input type="checkbox"/> Protection du patrimoine, d'un héritage ou d'un legs | <input type="checkbox"/> Assurance hypothécaire ou crédit | <input type="checkbox"/> Aux fins d'éducation |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | | |

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

En soumettant la présente demande, le titulaire 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 acquitte ou acquittera la prime, ou encore a ou aura une participation financière au titre de ce contrat. Par exemple, une mandataire ou un mandataire qui signe au nom d'un titulaire, une personne autre que ce dernier ou que le rentier qui paie les primes ou une société qui fait usage ou accède aux valeurs du contrat.

Non Oui Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire [Renseignements sur le tiers \(n° 31FR\)](#).



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE RENTE IMMÉDIATE

13. 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 fonctionnel :

Si vous ne possédez pas de NIF ou d'équivalent fonctionnel pour un territoire de compétence en particulier, veuillez choisir l'une des raisons suivantes :

- a) Je ferai la demande ou j'ai fait la demande d'un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu.
- b) Le territoire de compétence de ma résidence n'émet pas de NIF à ses résidents.
- Autre raison : _____

Titulaire de contrat conjoint : 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 fonctionnel :

Si vous ne possédez pas de NIF ou d'équivalent fonctionnel pour un territoire de compétence en particulier, veuillez choisir l'une des raisons suivantes :

- a) Je ferai la demande ou j'ai fait la demande d'un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu.
- b) Le territoire de compétence de ma résidence n'émet pas de NIF à ses résidents.
- Autre raison : _____



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE RENTE IMMÉDIATE

14. 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 « payeur » ou « payeuse » 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, du frère, de la sœur, 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 15 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.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chef d'État ou chef du gouvernement (y compris gouverneur général ou lieutenant-gouverneur) | <input type="checkbox"/> 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) |
| <input type="checkbox"/> Présidente ou président d'une société ou d'une banque d'État (y compris une société entièrement détenue par un gouvernement fédéral ou provincial). | <input type="checkbox"/> Commissaire (ou équivalent) |
| <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> Chef ou encore présidente ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative |
| <input type="checkbox"/> Chef d'une agence gouvernementale | <input type="checkbox"/> Ambassadrice ou ambassadeur, attachée ou attaché, ou encore conseillère ou conseiller d'une ambassadrice ou d'un ambassadeur |
| <input type="checkbox"/> Juge (au Canada seulement, doit être juge d'une cour d'appel) | <input type="checkbox"/> Officière ou officier ayant le rang de général ou un rang supérieur |
| | <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> La personne est la payeuse ou le payeur <input type="checkbox"/> Membre de la famille (lien) : _____ <input type="checkbox"/> 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 :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salaire ou revenu gagné
<input type="checkbox"/> Revenu d'entreprise
<input type="checkbox"/> Revenu de placement
<input type="checkbox"/> Autre _____ | <input type="checkbox"/> Revenu de la propriété ou portefeuille d'actions
<input type="checkbox"/> Loterie
<input type="checkbox"/> Héritage |
|--|--|

15. DIRECTIVES SPÉCIALES (SECTION FACULTATIVE)



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE RENTE IMMÉDIATE

16. CONVENTION ET SIGNATURES

Dans le cas des contrats conjoints, les termes « je », « me », « ma », « mon » et « mes » renvoient aux deux titulaires du contrat.

J'accepte et je confirme que :

1. Mon acceptation du contrat établi atteste de mon approbation de toute modification, correction ou 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'aviserais 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. 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 afin d'autoriser le personnel de l'Assurance vie Équitable, les tiers engagés par l'Assurance vie Équitable, son réseau de distribution comme un compte national, une AGGN ou un AGN, une AGG ou un AGG, une AGA ou un AGA, ou encore un cabinet et toute autre personne ou partie qui obtient mon autorisation.
4. 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.
5. 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.
6. Le contrat établi n'entrera pas en vigueur avant que le premier paiement de la prime remis avec la demande de souscription n'ait été honoré par mon établissement financier.
7. La présente constitue un engagement irrévocable de ma part à aller de l'avant avec ce placement.
8. Dans le cas de contrats enregistrés seulement : veuillez procéder à l'enregistrement de ma rente immédiate de RER en tant que régime enregistré d'épargne-retraite en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu du Canada* et, le cas échéant, en vertu de toute législation fiscale provinciale.
9. Je comprends que tous les numéros d'assurance sociale sont recueillis aux fins de l'impôt.

Signé à _____ le _____ 20 _____.
(ville) (province) (jour) (mois)

Signature du titulaire

Signature du cotitulaire (le cas échéant)

Signature du rentier

Signature du corentier (le cas échéant)

Signature de toute personne payeuse pour le dépôt direct

17. CONFIRMATION ET SIGNATURE DU CONSEILLER

AVEZ-VOUS JOINT UNE COPIE DE LA PREUVE D'ÂGE POUR CHAQUE PERSONNE RENTIÈRE? (requis pour l'établissement du contrat)

AVEZ-VOUS JOINT UNE COPIE D'UN CHÈQUE AVEC LA MENTION « ANNULÉ » ? (requis pour l'établissement du contrat)

En signant au bas de cette page, la conseillère ou le conseiller atteste :

- qu'il a son permis d'agent;
- qu'il a communiqué les renseignements suivants à la titulaire ou au titulaire du contrat :
 - le nom de la compagnie ou des compagnies qu'il représente;
 - qu'il touche des commissions pour la vente de produits de placement assortis d'une composante assurance et qu'il peut recevoir des bonis, des invitations à des congrès ou d'autres incitatifs; et
 - tout conflit d'intérêts qu'il peut avoir relativement à l'opération en cours.

Nom du conseiller

Signature du conseiller

Date de la signature (aaaa/mm/jj)

Tout à fait pour moi.^{MD}

Depuis 1920, les Canadiens se sont tournés vers l'Assurance vie Équitable pour les aider à protéger ce qui compte le plus à leurs yeux. Nous travaillons de concert avec votre conseillère ou conseiller financier indépendant dans le but de vous offrir des solutions en matière d'assurance vie individuelle et d'épargne-retraite qui présentent un bon rapport qualité-prix et qui répondent à vos besoins – maintenant et pour les années à venir.

L'Assurance vie Équitable n'est pas une compagnie typique de services financiers. Grâce à nos connaissances, notre expérience et nos compétences, nous sommes en mesure de trouver des solutions tout à fait pour vous. Nous sommes sympathiques, attentionnés et toujours prêts à vous aider. Comme nous sommes la propriété de nos titulaires de contrat avec participation et non d'actionnaires, Alors nous pouvons nous concentrer sur vos intérêts et vous fournir un service personnalisé, la sécurité et le mieux-être.



Assurance vie
Équitable du Canada^{MD}

📍 L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada 📞 1 866 884-7427 🌐 www.equitable.ca/fr

^{MD} indique une marque déposée de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.