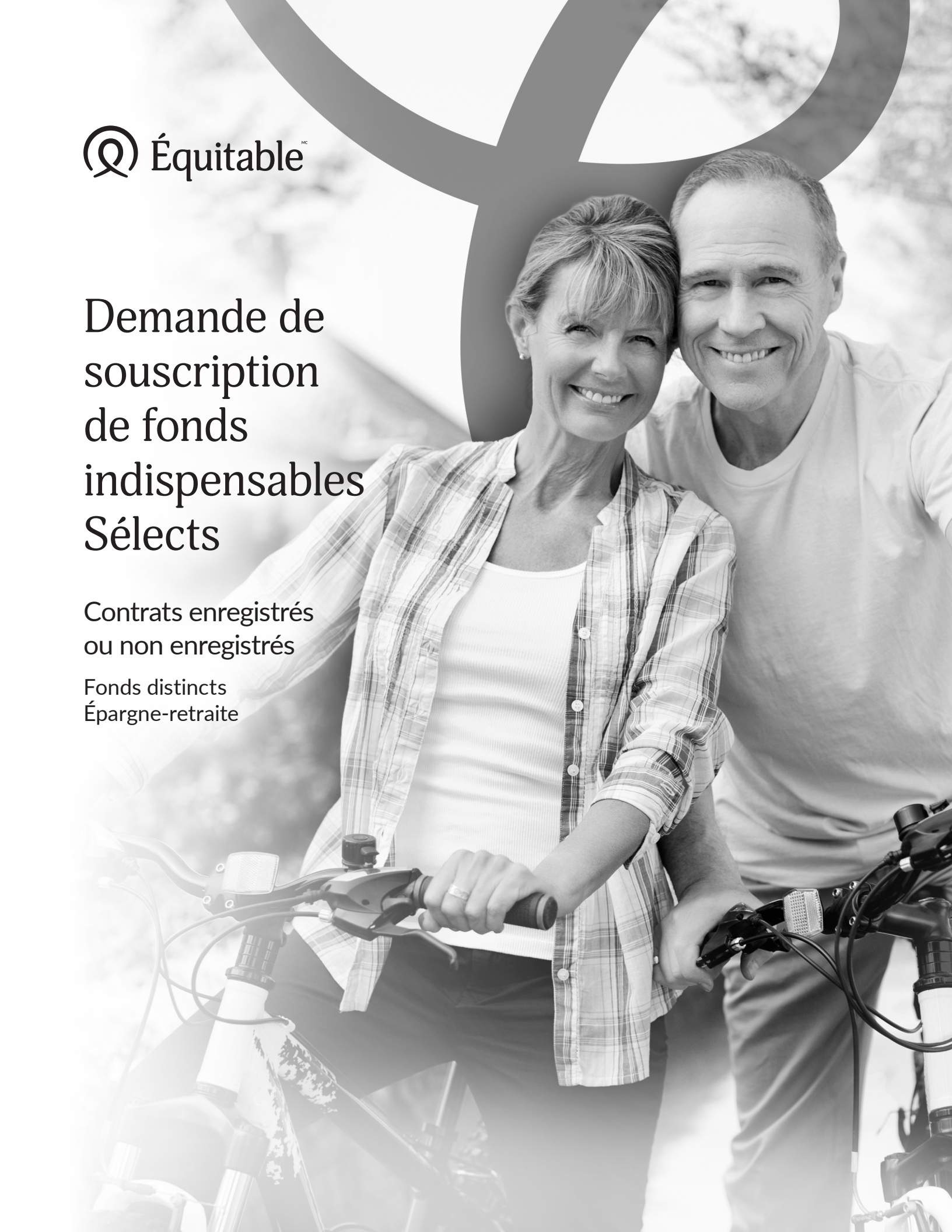




Demande de souscription de fonds indispensables Sélects

Contrats enregistrés
ou non enregistrés

Fonds distincts
Épargne-retraite



En tant que titulaire de contrat de l'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 relevés, vos feuillets d'impôt 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 la joindre au 1 800 668-4095.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS

Toutes les sections doivent être remplies, sauf si la mention « facultative » apparaît dans le titre de la section.

Nom de la conseillère ou du conseiller	Nom du courtier ou de l'AGG	Réservé à l'usage interne : Numéro de contrat :
Code de représentant FundSERV <small>(si la conseillère ou le conseiller n'est pas admissible au réseau FundSERV, veuillez fournir le code de conseiller)</small>	Code de courtier FundSERV <small>(si l'AGG n'est pas admissible au réseau FundSERV, veuillez fournir le numéro de succursale)</small>	Demandes électroniques seulement : Numéro de demande de souscription :
Adresse courriel de la conseillère ou du conseiller	Adresse courriel de l'AGG	Date à laquelle la demande a été générée :

1. TYPE DE RÉGIME

Quel type de contrat souhaitez-vous souscrire? Veuillez cocher une seule case pour A) et B)

A) Catégorie de garantie

- Fonds indispensables Sélects,
catégorie Placement 75/75
- Fonds indispensables Sélects,
catégorie Succession 75/100
- Fonds indispensables Sélects,
catégorie Protection 100/100

B) Enregistrement

- Régime non enregistré
- Régime d'épargne-retraite (RER) _____ (territoire de compétence)
- RER du conjoint*
- Fonds de revenu de retraite (FRR) _____ (territoire de compétence)
- FRR de conjoint*
- Fonds de revenu viager (FRV, FRRP, FRI et FRVR)
- Compte de retraite immobilisé (FRV, FRRP, FRI et FRVR)

* Si un RER de conjoint ou un FRR de conjoint a été choisi, les renseignements suivants sont requis.

Nom de la conjointe cotisante ou du conjoint cotisant	Numéro d'assurance sociale de la conjointe ou du conjoint (NAS) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> </tr> </table>												Date de naissance de la conjointe ou du conjoint (aaaa/mm/jj)
Date d'expiration (le cas échéant)													

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE

Contrats enregistrés :

- La ou le titulaire sera également désigné en tant que rentière ou rentier.

Contrats non enregistrés :

- Vous pouvez décider si le titulaire et le rentier sont la même personne ou une personne différente. Si le rentier est une autre personne, vous devrez remplir la section 5 : Renseignements sur le rentier
- Si le titulaire est une société par actions ou un groupement sans personnalité morale, laisser les champs « Emploi » et « Vérification de l'identité » vides. Veuillez remplir le formulaire [Renseignements sur le tiers \(n° 594FR\)](#) et le soumettre avec la demande de souscription.

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me}	Nom de la ou du titulaire (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)													
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin														
Numéro d'assurance sociale (NAS)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"> </td> </tr> </table>												Date d'expiration (le cas échéant)	
Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville ou municipalité												
Province	Code postal	Numéro de téléphone												
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Adresse courriel													
<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 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>														
Emploi (si vous êtes à la retraite ou sans emploi, veuillez indiquer votre ancien emploi) :														
Titre de poste : _____														
Fonctions : _____														



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE CONTRAT (SUITE)

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 ou du titulaire :

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

Cette option peut être utilisée lorsque la conseillère ou le conseiller rencontre la ou le titulaire 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);
- 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 ou le titulaire 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 ou le titulaire 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 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'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 TITULAIRE

- Je consens à ce que l'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 DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS

3. COTITULAIRE (SECTION FACULTATIVE) (DANS LE CAS DES CONTRATS NON ENREGISTRÉS SEULEMENT)

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

M. M^{me}

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

Sexe : masculin féminin

Numéro d'assurance sociale (NAS)

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

Date d'expiration (le cas échéant)

Adresse (numéro, rue et appartement) (si elle diffère de celle du titulaire)

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) :

Titre de poste : _____

Lien avec le titulaire

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 ou du titulaire :

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

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

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

ATTESTATION DU CONSEILLER

À titre de conseillère ou de conseiller :

- J'ai rencontré la ou du titulaire 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 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.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS

3. COTITULAIRE (SECTION FACULTATIVE) (DANS LE CAS DES CONTRATS NON ENREGISTRÉS SEULEMENT)

Option 3 : l'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 TITULAIRE

- Je consens à ce que l'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.

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

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

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me}	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 le 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"/> M ^{me}	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 le ou les titulaires

6. RENTIER SUCCESSEUR (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. Note : les titulaires désignés détiennent tous les droits contractuels.

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me}	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 DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS

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 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 l'unique 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 une ou un mandataire, une désignation de bénéficiaire ne peut pas être effectuée.

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 révoicable 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 révoicable.

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)	Courriel ou numéro de téléphone du bénéficiaire	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)	Courriel ou numéro de téléphone du bénéficiaire	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 immédiate, 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

Note : le dépôt minimal requis est de 500 \$ ou de 50 \$ par l'entremise du service de débit préautorisé (DPA) continu. Le 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 10)

DPA continu _____ \$ (veuillez remplir la section 10)

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'Équitable et l'original à l'établissement financier cédant.

Prêt _____ \$

↳ Société prêteuse : _____

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 demande ou 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 equitable.ca/aller/servicesbancairesenligne.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS

9. SÉLECTION DES FONDS

Selon nos règles administratives :

- Le dépôt minimal est de 50 \$ par fonds.
- Selon nos règles administratives, les unités des fonds SFA-CB et SFA-CB5 ne peuvent être détenues au titre d'un même contrat.
- Les dépôts effectués après l'âge de 80 ans se limitent à l'option SFA.
- Si le nom d'un fonds ne correspond pas au code de fonds fourni, le code de fonds sera utilisé.
- Le code de fonds doit concorder à la catégorie de garantie choisie.

Pour obtenir le nom et le code des fonds, veuillez consulter le document [Codes des fonds distincts indispensables Sélects et frais \(n° 375FR\)](#).

Code du fonds	Nom du fonds distinct	Option de frais d'acquisition	%
		<input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> SFA-CB <input type="checkbox"/> SFA-CB5	
		<input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> SFA-CB <input type="checkbox"/> SFA-CB5	
		<input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> SFA-CB <input type="checkbox"/> SFA-CB5	
		<input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> SFA-CB <input type="checkbox"/> SFA-CB5	
		<input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> SFA-CB <input type="checkbox"/> SFA-CB5	

SFA = sans frais d'acquisition

SFA-CB et SFA-CB5 = rétrofacturation sans frais d'acquisition (rétrofacturation au conseiller)

Tous les dépôts ultérieurs reçus seront déposés dans le même ou les mêmes fonds que ceux du dépôt original, sauf si nous recevons des directives ultérieures contraires de votre part. Si les valeurs en dollars ont été fournies, un pourcentage proportionnel sera calculé pour tous les dépôts subséquents. Si le dépôt initial ne peut pas être divisé en pourcentage totalisant 100 % (p. ex. 33,33 %, 33,33 %, 33,33 % = 99,99 %), le premier fonds indiqué sera arrondi (p. ex. 33,34 %, 33,33 %, 33,33 % = 100 %).



**DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS
CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS**

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

Selon nos règles administratives :

- Un dépôt minimal de 50 \$ par fonds est requis pour le DPA.
- 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 que vous avez choisie et la date du transfert de votre compte bancaire.

DPA unique :

Montant : _____ \$

Date de débit :

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

DPA continu :

Montant : _____ \$ date de début du DPA (aaaa/mm/jj) : _____

Fréquence des paiements :

- Tous les mois (du 1^{er} au 28^e jour)
- Deux fois par mois (le 1^{er} et le 15^e jour seulement)
- Toutes les deux semaines

Pour choisir une autre sélection de fonds pour les débits préautorisés habituels, veuillez fournir les renseignements ci-dessous. Si aucune directive n'est fournie, les paiements par débits préautorisés seront affectés selon les directives indiquées à la section Sélection des fonds.

Code du fonds	Nom du fonds	Affectation (%)

Si le nom d'un fonds ne correspond pas au code de fonds fourni, le code de fonds sera utilisé.

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 succursale Numéro de banque Numéro de compte

Numéro de compte : _____

Note : 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'Équitable.



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS

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

Renonciation

La payeuse ou le payeur donne la directive et l'autorisation à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (l'« 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 Paiements Canada à l'adresse Web 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 (fournir les renseignements sur le tiers à la section 17)

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

- La ou le titulaire 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'Équitable et retourner les fonds.

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 auprès de L'Équitable.

NOTE : pour que l'annulation prenne effet avant le prochain débit, L'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 paiements.ca et devra être dûment rempli et envoyé à son établissement financier.

Coordonnées

Équitable, 1, chemin Westmount Nord, C. P. 1603, succursale Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7
Tél. sans frais : 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 aux 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 paiements.ca.

11. ACHATS PÉRIODIQUES PAR SOMMES FIXES (SECTION FACULTATIVE)

Veillez remplir cette section lorsqu'une somme forfaitaire est déposée dans un fonds à faible risque, et que vous souhaitez effectuer des transferts réguliers dans un fonds différent permettant de réaliser une moyenne des prix unitaires au cours des fluctuations du marché. Le minimum pour chaque somme « du fonds » est de 500 \$ et allant « au fonds » est de 50 \$. Les achats périodiques par sommes fixes doivent s'effectuer au titre de la même option de frais d'acquisition.

Veillez sélectionner la fréquence :

hebdomadaire mensuelle bimestrielle (une fois tous les deux mois) trimestrielle semestrielle annuelle

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

Date de fin (facultative) (du 1^{er} au 28^e jour) : _____
(aaaa/mm/jj)

Du fonds		Au fonds	
Code du fonds	Montant	Code du fonds	Montant
			\$
	\$		\$
			\$
			\$



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS

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 au moins 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; ne relève pas de la compétence du Québec lorsque la rentière ou le rentier est âgé de 55 ans et plus)

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) : _____

Directives spéciales pour les retenues d'impôt à la source (facultatives) :

Souhaitez-vous demander des directives spéciales pour les retenues d'impôt à la source?

Non – option par défaut si aucune réponse n'est indiquée.

Oui – saisir le pourcentage total de l'impôt qui doit être retenu.

Ce montant sera appliqué au versement total : _____ %

Note : Si vous aviez demandé un montant en pourcentage moins élevé que celui qui est exigé par l'Agence de revenu du Canada (ARC) ou Revenu Québec, l'Équitable appliquera le montant d'impôt minimal retenu exigé par l'ARC ou Revenu Québec.

Les versements de revenu prévus seront effectués au prorata, sauf indication contraire ci-dessous :

Nom du fonds	Code du fonds	Affectation (% ou \$)

S'il y a une différence entre le nom du fonds et le code du fonds, nous utiliserons le code du fonds. Si vous manquez d'espace, veuillez indiquer les précisions dans les directives spéciales (section 19).



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS

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) : _____

14. OBJET DU CONTRAT

Veuillez indiquer la raison ou les raisons de souscrire ce contrat, mentionnées par la ou le titulaire. (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"/> Assurance hypothécaire ou crédit | <input type="checkbox"/> Protection de revenu ou protection familiale |
| <input type="checkbox"/> Don | <input type="checkbox"/> Aux fins d'éducation | <input type="checkbox"/> Protection du patrimoine, d'un héritage ou d'un legs |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | | |

15. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT (DANS LE CAS DES FONDS IMMOBILISÉS SEULEMENT)

Renseignements sur le conjoint ou le conjoint de fait (veuillez choisir une seule option)

- 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 (aaaa/mm/jj)

- J'ai une conjointe ou un conjoint, ou encore une conjointe de fait ou un conjoint de fait au sens de la loi applicable. Veuillez remplir les renseignements ci-dessous.

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) Date de naissance (aaaa/mm/jj)

Numéro d'assurance sociale (NAS)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Date d'expiration (le cas échéant)

Désignation de bénéficiaire :

- Ma conjointe de fait ou mon conjoint de fait sera ma personne bénéficiaire désignée OU
- Ma conjointe ou mon conjoint, ou encore ma conjointe de fait ou mon conjoint de fait a rempli et joint le formulaire de renonciation du conjoint pertinent et je désignerai une nouvelle personne bénéficiaire.

Consentement du conjoint pour transférer les fonds (dans le cas des FRV seulement) :

- Pour les résidents du Nouveau-Brunswick, du Québec ou en vertu de la loi fédérale intitulée *Loi de 1985 sur les normes de prestation de pension* : aucune exigence supplémentaire.
- Pour les résidents de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Nouvelle-Écosse ou du Manitoba : veuillez remplir et joindre le formulaire de renonciation du conjoint prescrit.
- Pour les résidents de l'Ontario ou de Terre-Neuve-et-Labrador : votre conjointe ou votre conjoint doit remplir et signer l'énoncé de consentement suivant : Je confirme que je suis la conjointe ou le conjoint de la rentière ou du rentier selon la définition de la loi applicable. Je consens au transfert des fonds immobilisés du régime de retraite en un FRV, comme indiqué dans la présente demande de souscription.

Nom Signature Date (aaaa/mm/jj)



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS

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

Titulaire : 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 : _____

Cotitulaire : 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 : _____



**DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS
CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS**

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?			
<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, veuillez remplir soit la section Tiers – individu ou Tiers – entreprise ou entité selon le cas.</p>			
Tiers – particulier			
Nom du tiers (prénom, second prénom, nom de famille) :		Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Lien avec le 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"/> liquidateur <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 le ou les titulaires	
Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville ou municipalité	Province Code postal
Pays	Numéro de téléphone	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"/> liquidateur <input type="checkbox"/> garantie ou cessionnaire <input type="checkbox"/> mandataire par procuration <input type="checkbox"/> autre (veuillez préciser) : _____			



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS

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

Note : 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"/> 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"/> 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 d'une agence gouvernementale
<input type="checkbox"/> Juge (au Canada seulement, doit être juge d'une cour d'appel) | <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"/> Commissaire (ou équivalent)
<input type="checkbox"/> Chef ou encore présidente ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative
<input type="checkbox"/> Ambassadrice ou ambassadeur, attachée ou attaché, ou encore conseillère ou conseiller d'une ambassadrice ou d'un ambassadeur
<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) : _____

Note : 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 du patrimoine 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"/> Revenu de la propriété ou portefeuille d'actions | <input type="checkbox"/> Loterie | <input type="checkbox"/> Héritage |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | | |



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS

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'Équitable, recueillis dans la présente demande de souscription et conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par l'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'Équitable, les tiers engagés par l'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. Si je fournis les coordonnées d'une personne bénéficiaire, je confirme que j'ai l'autorisation d'agir en son nom et, par conséquent, je consens à la cueillette, à l'utilisation et à la communication de ses renseignements personnels, et l'autorise, aux fins de communication.
5. 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.
6. 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'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.

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 equitable.ca/fr.

Consentement au marketing :

L'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 DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS

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'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'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'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. Dans le cas de contrats enregistrés seulement : Je demande à l'émetteur d'enregistrer le contrat de fonds indispensables Sélects et la notice explicative à titre de régime enregistré d'épargne-retraite ou de fonds enregistré de revenu de retraite en vertu de l'article 146 ou 146.3 de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada et, le cas échéant, en vertu de 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'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, les substitutions, les réinitialisations de même que toute modification des directives relatives aux placements, de l'entente de service de débit préautorisé (DPA) ou des plans de retrait systématique (PRS). Je reconnais que l'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'Équitable.

J'accuse réception d'un exemplaire du document Contrat et notice explicative des fonds indispensables Sélects et du document Aperçu des fonds et reconnais que je peux accéder à ces documents en ligne à l'adresse equitable.ca/aller/contrats.

Signature du titulaire _____	Signé dans la province de _____	Date (aaaa/mm/jj) _____
Signature du cotitulaire _____	Signé dans la province de _____	Date (aaaa/mm/jj) _____
Signature du titulaire successeur _____	_____	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 ou rentière)

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



DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS CONTRATS ENREGISTRÉS ET NON ENREGISTRÉS

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 document Contrat et notice explicative des fonds indispensables Sélects, ainsi que du document Aperçu des fonds à la ou au titulaire et j'ai fourni un exemplaire de ces documents.
- J'ai communiqué les renseignements suivants aux titulaires 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 la ou le titulaire et, à ma connaissance, ces renseignements sont complets et véridiques.

Signature du conseiller

Date (aaaa/mm/ijj)

Vous aurez besoin de trois copies de cette demande (une pour le titulaire, une pour le conseiller et une pour l'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

1384FR (2024/11/01)