



Demande de souscription de fonds indispensables Sélects

contrats enregistrés
ou non enregistrés

Fonds distincts
Épargne-retraite



En tant que cliente ou client de l'Assurance vie 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	Vous aurez besoin de trois copies de la demande de souscription dûment remplie : <ul style="list-style-type: none"> Copie 1 – Assurance vie Équitable Copie 2 – Conseiller Copie 3 – Client
Code de représentant FundSERV (si la conseillère ou le conseiller n'est pas admissible au réseau FundSERV, veuillez fournir le code de conseiller)	Code de courtier FundSERV (si l'AGG n'est pas admissible au réseau FundSERV, veuillez fournir le numéro de succursale)	
Adresse courriel de la conseillère ou du conseiller	Adresse courriel de l'AGG	Numéro de contrat (réservé à l'usage interne)

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)

RER du conjoint*

Fonds de revenu de retraite (FRR)

FRR de conjoint*

Fonds de revenu viager (FRV, FRRP, FRII et FRVR)

_____ (territoire de compétence)

Compte de retraite immobilisé (FRV, FRRP, FRII et FRVR)

_____ (territoire de compétence)

* 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	Date de naissance de la conjointe ou du conjoint (aaaa/mm/jj)
Numéro d'assurance sociale de la conjointe ou du conjoint (NAS) <input style="width: 100px;" type="text"/>	Date d'expiration (le cas échéant)

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE CONTRAT

La personne titulaire du contrat sera-t-elle la personne rentière?

Oui (la réponse doit être affirmative pour tous les contrats enregistrés; le rentier sera le titulaire par défaut si aucune option n'est choisie)

Non (dans le cas des contrats non enregistrés seulement; si la réponse est négative, la section 5 doit également être remplie)

Si le titulaire est une société par actions ou un groupement sans personnalité morale : Vous n'avez qu'à inscrire les renseignements suivants : le nom, le numéro d'identification de l'entreprise, l'adresse, le numéro de téléphone et le courriel. De plus, le formulaire [Renseignements sur l'entreprise \(n° 594FR\)](#) doit être rempli et soumis avec la demande de souscription.

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Nom de la titulaire ou du titulaire du contrat (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)		
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin			
Numéro d'assurance sociale (NAS) <input style="width: 100px;" type="text"/>	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		
Emploi (si vous êtes à la retraite, veuillez indiquer votre ancien emploi) :			
Titre de poste : _____			
Fonctions : _____			

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.



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

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"/> Mme	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 toute personne titulaire	

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 successeuse ou du rentier successeur.

Nota : les titulaires désignés détiennent tous les droits contractuels.

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Nom de la rentière successeuse 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 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.

Régimes FRR : dans le cas des régimes FRR, si votre conjointe ou votre conjoint est la seule personne 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 mandataire ou un mandataire, les bénéficiaires doivent être les ayants droits à la succession de la personne titulaire.

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 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)	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)	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

Nota : le dépôt minimal requis est de 500 \$ ou de 50 \$ par l'entremise du service de débit préautorisé (DPA). 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'Assurance vie 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 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 www.equitable.ca/aller/servicesbancairesenligne.



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

9. SÉLECTION DES FONDS

L'affectation totale doit égaler 100 %. Un dépôt minimal de 50 \$ par fonds est requis. 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 sans frais d'acquisition. Pour obtenir le nom et le code des fonds, veuillez consulter le document Codes des fonds distincts indispensables Sélects et frais ([n° 375SELEFR](#)).

Code du fonds	Nom du fonds distinct	Option de frais d'acquisition	(\$ ou %)
		<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)

Toutes les primes ultérieures reçues seront déposées 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. 33,333 %, 33,333 %, 33,333 % = 99,999 %), le premier fonds indiqué sera arrondi (p. ex. 33,3334 %, 33,333 %, 33,333 % = 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)

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) : _____

Renseignements bancaires :

- Utiliser le même numéro de compte que celui indiqué sur le chèque initial joint à la demande de souscription.
 Utiliser le numéro du compte indiqué sur le chèque avec la mention « ANNULÉ » ci-joint ou dans la lettre d'instructions de la banque (le nom de la payeuse ou du payeur doit figurer sur le chèque).
 Utiliser le compte DPA actuel du contrat de l'Équitable n° : _____ (chèque annulé non requis)

DPA continu :

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

Fréquence des versements :

- 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 le
 lundi mardi mercredi jeudi vendredi

Renseignements bancaires :

- Utiliser le même numéro de compte que celui indiqué sur le chèque initial joint à la demande de souscription.
 Utiliser le numéro du compte indiqué sur le chèque avec la mention « ANNULÉ » ci-joint ou dans la lettre d'instructions de la banque (le nom de la payeuse ou du payeur doit figurer sur le chèque).
 Utiliser le compte DPA actuel du contrat de l'Équitable n° : _____

Option d'augmentation de paiement automatique :

Augmenter automatiquement le montant du DPA de _____ (indiquer en \$ ou en %) annuellement.
 Cette augmentation entrera en vigueur à la première date prévue du débit de chaque année.

Sélection des fonds du DPA continu :

Si vous souhaitez indiquer une autre sélection de fonds au titre du DPA continu, veuillez fournir des précisions ci-dessous. Si aucune directive n'est fournie, le DPA continu sera affecté selon les directives indiquées à la section Sélection des fonds.

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

Renseignements supplémentaires :

- 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.



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

Je donne ou nous donnons la directive et l'autorisation à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (l'« Assurance vie Équitable ») et mon établissement financier ou notre établissement financier d'effectuer des débits de mon compte bancaire ou notre compte bancaire, sous réserve des dispositions ci-dessous, aux fins de la collecte des primes.

Je renonce ou nous renonçons 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 l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.payments.ca.

Type de service

Aux fins de la présente entente, tous les débits préautorisés effectués à partir de mon compte ou notre compte seront traités comme des retraits personnels.

Cotisations d'un tiers (remplir les Renseignements sur le tiers à la section 17)

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

- La personne titulaire de contrat 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'Assurance vie Équitable et retourner les fonds.

Annulation

J'ai ou nous avons le droit de faire annuler cette entente de service de DPA à tout moment. Cette entente de service de DPA demeurera en vigueur jusqu'à ce que j'en demande ou nous en demandions l'annulation à l'Assurance vie Équitable.

NOTA : Pour que l'annulation prenne effet avant le prochain débit, l'Assurance vie Équitable doit recevoir tout avis d'annulation fait par téléphone, lettre, courriel ou télécopieur, à son siège social, au moins 10 jours ouvrables avant le prochain débit.

Veuillez communiquer avec votre établissement financier concernant vos droits d'annulation de paiement. Un spécimen du formulaire d'annulation peut être obtenu à l'adresse www.payments.ca et devra être dûment rempli et envoyé à votre établissement financier.

Coordonnées

Assurance vie Équitable du Canada, One Westmount Road North, P.O. Box 1603 Stn. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7
Tél. : 1 800 668-4095 Téléc. : 519 883-7404 Courriel : epargneretraite@equitable.ca

Recours et remboursement

J'ai ou nous avons certains droits de recours si un débit n'est pas conforme avec les dispositions de la présente entente de service de « DPA ». J'ai ou nous avons le droit de recevoir le remboursement de tout retrait qui n'est pas autorisé ou n'est pas conforme aux dispositions de cette entente de service de DPA. Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droits de recours, veuillez communiquer avec votre établissement financier ou visiter le site Web www.payments.ca.

11. ACHATS PÉRIODIQUES PAR SOMMES FIXES (SECTION FACULTATIVE)

Veuillez 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.

Veuillez 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^{er} 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

Nous nous réservons le droit de demander une preuve d'âge dans le cas des comptes FRR et FRV.

Vous devez retirer 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.

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)

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)

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).

13. SOURCE DES FONDS

Veillez sélectionner toutes les options qui s'appliquent :

Salaire ou revenu gagné

Revenu d'entreprise

Vente d'une propriété

Fonds empruntés

Dons

Produit d'une prestation de décès ou d'une succession

Épargne des souscripteurs ou des titulaires

Autre _____

14. OBJET DU CONTRAT

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

Épargne à court terme

Retraite ou épargne à long terme

Protection d'entreprise ou d'une personne clé ou convention de rachat

Création d'un revenu

Assurance hypothécaire ou crédit

Protection de revenu ou protection familiale

Don

Aux fins d'éducation

Protection du patrimoine, d'un héritage ou d'un legs

Autre _____



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

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.

Numéro d'assurance sociale (NAS)

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

Date d'expiration (le cas échéant)

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)

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 le 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 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 fiscale 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 fiscale (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.
- c) Autre raison : _____

Titulaire de contrat conjoint : veuillez choisir toutes les options qui s'appliquent à vous.

- 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 fiscale 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 fiscale (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.
- 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 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 soit la section Tiers – individu ou Tiers – entreprise ou entité selon le cas.

Tiers – individu

Nom du tiers (prénom, second prénom, nom de famille)		Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Lien avec la personne titulaire	
Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville ou municipalité	Province	Code postal
Pays	Numéro de téléphone	Emploi (titre de poste et fonctions) – si vous êtes à la retraite, veuillez indiquer votre ancien emploi		

Type de tiers (en choisir un et joindre toute documentation légale applicable)

payeur fiduciaire exécuter garantie ou cessionnaire mandataire par procuration

autre (veuillez préciser) : _____

Tiers – entreprise ou entité

Dénomination sociale complète		Lien avec la personne titulaire		
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)

payeur fiduciaire exécuter garantie ou cessionnaire mandataire par procuration

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

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

19. DIRECTIVES SPÉCIALES (SECTION FACULTATIVE)



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

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'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 par le personnel autorisé de l'Assurance vie Équitable, les tiers engagés par l'Assurance vie 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. 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.

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 www.equitable.ca/fr.

Consentement au marketing :

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.



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

21. CONVENTION ET SIGNATURES

Dans la présente section, 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 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'aviserai 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. 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.
4. 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.
5. 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 la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada et, le cas échéant, 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 comprends que mes renseignements personnels recueillis dans cette demande pourraient être conservés au Canada et aux États-Unis.
8. J'autorise l'Assurance vie 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'Assurance vie 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'Assurance vie Équitable.

J'accuse réception d'une copie 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 www.equitable.ca/aller/contrats.

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

Signature du titulaire du contrat

Signature du titulaire de contrat conjoint (section 3)

Signature du titulaire successeur (section 4)

Signature du rentier (si autre que le titulaire) (section 5)

Signature du rentier successeur (si autre que le titulaire) (section 6)

Nom du mandataire (le cas échéant)

_____ A signé au nom de _____.

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

Si le paiement est effectué d'un compte conjoint et qu'il est nécessaire de fournir plus d'une signature sur les chèques de ce compte, les deux titulaires du compte bancaire doivent signer l'entente de service de DPA. Toutes les signatures requises pour les débits à partir du compte sont incluses dans la présente demande de souscription et toutes les conditions établies dans la section 10 intitulée « Service de débit préautorisé DPA » sont comprises et acceptées.

Nom du payeur

Signature du payeur

Nom du copayeur

Signature du copayeur



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 de l'aperçu des fonds à toute personne titulaire et j'ai fourni un exemplaire de ces documents à toute personne titulaire.
- J'ai communiqué les renseignements suivants à la titulaire ou au titulaire 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 titulaire ou le titulaire et, à ma connaissance, ces renseignements sont complets et véridiques.

Signature du conseiller

Date (aaaa/mm/jj)

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 (2023/05/29)