



MISE À JOUR DES RENSEIGNEMENTS DU CLIENT

Nom de la proposante ou du proposant, ou encore de la titulaire ou du titulaire (prénom, nom de famille)	Numéro de contrat ou de proposition d'assurance
La <i>Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes</i> et les parties XVIII et XIX de la <i>Loi de l'impôt sur le revenu</i> exigent que certains renseignements soient fournis comme demandé ou jugé nécessaire afin de satisfaire aux obligations en vertu de la loi. Le présent formulaire est utilisé pour fournir de nouveaux renseignements sur les clients ou de les mettre à jour.	

1. POSITIONS POLITIQUES (POUR LES CONTRATS D'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE, D'ASSURANCE VIE ENTIÈRE OU NON ENREGISTRÉS SEULEMENT)	
Utiliser cette section si la payeuse ou le payeur devient une personne politiquement exposée, si un dépôt est égal ou supérieur à 100 000 \$ ou si on vous a demandé de remplir cette section.	
Aux fins de cette question :	
<ul style="list-style-type: none"> • Le terme « payeur » ou « payeuse » s'entend de la personne qui effectue les paiements au titre du contrat. • Le terme « proche parent » s'entend de la conjointe ou du conjoint, du frère, de la sœur ou du parent du payeur, ou encore du parent, de l'enfant, du conjoint, ou encore de l'enfant du conjoint. • Le terme « proche collaborateur » ou « proche collaboratrice » s'entend d'un individu étroitement lié au payeur pour des raisons personnelles ou commerciales. 	
Le payeur ou l'un des proches parents ou des proches collaborateurs occupe-t-il, ou a-t-il déjà occupé, l'un des postes indiqués ci-dessous?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - veuillez 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.
<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'un organisme gouvernemental	<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)
Dans l'affirmative, 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"/> Proche parent (lien) : _____ <input type="checkbox"/> Proche collaboratrice ou proche collaborateur (lien) : _____



MISE À JOUR DES RENSEIGNEMENTS DU CLIENT

2. Source des fonds

Remplir cette section si l'on vous a demandé de documenter la source des fonds associée à un dépôt effectué au titre d'un contrat existant.

Veillez sélectionner toutes les options qui s'appliquent :

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

3. Objet du contrat

Remplir cette section si l'objet du contrat a changé ou si on vous l'a demandé.

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

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

4. Vérification de l'identité

Utiliser cette section si l'Assurance vie Équitable a demandé à votre conseillère ou votre conseiller de vérifier l'identification d'une titulaire ou d'un titulaire, ou encore d'une nouvelle signataire ou d'un nouveau signataire. Veuillez choisir l'une des pièces d'identité suivantes : permis de conduire, carte provinciale avec photo (excluant la carte de santé provinciale), passeport, carte de citoyenneté, carte de résident permanent ou certificat de statut d'Indien. Si vous ne possédez pas l'une de ces pièces d'identité indiquées, veuillez vous rendre au site www.equitable.ca/aller/autre-identite pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité.

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

Confirmation par la conseillère ou le conseiller (choisir une option) :

- J'ai, en tant que conseillère ou conseiller, tenu et vu la pièce d'identité originale avec photo. Veuillez préciser :

Type de pièce d'identité : _____ Date d'expiration (jj/mmm/aaaa) : _____

Numéro d'identification : _____ Date de vérification par la conseillère ou le conseiller (jj/mm/aaaa) : _____

Pays ou compétence de délivrance :

- J'ai, en tant que conseillère ou conseiller, suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité, y compris la revue de deux documents originaux comme indiqué dans les directives. Une copie des deux documents est jointe à la demande de souscription.

Signature de la conseillère ou du conseiller : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

Code de conseiller : _____



MISE À JOUR DES RENSEIGNEMENTS DU CLIENT

5. Déclaration de la résidence fiscale (POUR LES CONTRATS D'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE, D'ASSURANCE VIE ENTIÈRE OU NON ENREGISTRÉS SEULEMENT)

Utiliser cette section si votre résidence fiscale a changé ou si on vous l'a demandé.

Titulaire de contrat : veuillez choisir toutes les options qui vous concernent.

Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt : veuillez fournir votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

Je suis résidente ou résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou une citoyenne ou un citoyen des États-Unis :
Veuillez fournir le numéro d'identification de contribuable (TIN) : _____

Je suis résidente ou résident aux fins de l'impôt d'une compétence autre que le Canada ou les États-Unis :

Compétence de résidence fiscale

Numéro d'identification de contribuable (TIN)

Si vous ne possédez pas de TIN pour une compétence en particulier, veuillez choisir l'une des raisons suivantes :

a) Je ferai la demande ou j'ai fait la demande d'un TIN, mais je ne l'ai pas encore reçu.

b) Ma compétence de résidence n'émet pas de TIN à ses résidents.

Autre raison : _____

6. Déclaration du proposant ou titulaire

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 aux renseignements fournis dans le présent formulaire.

Signature et titre de la proposante ou du proposant, ou encore de la titulaire ou du titulaire

Date (jj/mm/aaaa)

Remarque : l'Assurance vie Équitable^{MD} ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Assurance vie Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.