



## MISE À JOUR DES RENSEIGNEMENTS DU CLIENT

|   |   |
|---|---|
| Nom de la proposante ou du proposant, ou encore de la ou du titulaire (prénom, nom de famille) :  | Numéro de contrat, de proposition d'assurance ou de demande de souscription : |
| La Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes et les parties XVIII et XIX de la Loi de l'impôt sur le revenu 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. POSTES POLITIQUES (DANS LE CAS DES 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 :

- 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 collaborateur » ou « proche collaboratrice » 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  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 (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 _____<br>(première année) (dernière année)   | Dans quel pays ce poste a-t-il été occupé?  |
| Après de quelle organisation, quel gouvernement ou quelle institution ce poste a-t-il été occupé?                              | Comment cette personne est-elle liée à la payeuse ou au payeur?<br><input type="checkbox"/> La personne est la payeuse ou le payeur<br><input type="checkbox"/> Proche parent (lien) : _____<br><input type="checkbox"/> Proche collaboratrice ou proche collaborateur (lien) : _____ |
| <b>Quelle est la source du patrimoine de la payeuse ou du payeur</b> (veuillez choisir toutes les réponses 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"/> Héritage  | <input type="checkbox"/> Loterie  |
| <input type="checkbox"/> Autre _____   |   |



## 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.

Veuillez 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 de la succession  
 Épargne des souscripteurs ou des titulaires
  Autre \_\_\_\_\_

### 3. OBJET DU CONTRAT

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

Veuillez indiquer la raison ou les raisons mentionnées par la cliente ou le client. (Dans le cas de contrats d'assurance vie ou d'assurance maladies graves, veuillez choisir au moins une des options en caractères gras. Tous les contrats ne conviennent pas à toutes fins)

- Épargne à court terme
  Retraite / épargne à long terme
  **Protection d'entreprise ou d'une personne clé / convention de rachat**  
 Création d'un revenu
  Don
  **Protection du patrimoine, d'un héritage ou d'un legs**  
 Aux fins d'éducation
  **Assurance hypothécaire ou crédit**
 **Protection de revenu / familiale**  
 Autre \_\_\_\_\_

### 4. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ

Utiliser cette section si l'Équitable a demandé à votre conseillère ou conseiller de vérifier l'identification d'une ou d'un titulaire, ou encore d'une nouvelle signataire ou d'un nouveau signataire. Veuillez sélectionner l'une des trois options de vérification de l'identité :

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

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

Confirmation de la conseillère ou du conseiller (choisir une option) :

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

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

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

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

| Catégorie* | Type de document | Émetteur du document | Numéro du document ou du compte | Date du document (jj/mmm/aaaa) | Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa) |
|------------|------------------|----------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|
|            |                  |                      |                                 |                                |   |
|            |                  |                      |                                 |                                |   |

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

**\*\* Indiquer la date d'expiration le cas échéant, sinon la date de délivrance**

- Je, personne titulaire, 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.



## Mise à jour des renseignements du client

### 5. DÉCLARATION DE LA RÉSIDENCE FISCALE (DANS LE CAS DES CONTRATS D'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE, D'ASSURANCE VIE ENTIÈRE ET 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 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 : \_\_\_\_\_

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) Mon territoire de compétence de résidence n'émet pas de NIF 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'Équitable dans un délai de 30 jours de tout changement relatif aux renseignements fournis dans le présent formulaire.

\_\_\_\_\_  
Signature du proposant ou du titulaire et titre

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

### 7. DÉCLARATION DU CONSEILLER

À ma connaissance, les renseignements fournis sont complets et véridiques

\_\_\_\_\_  
Signature du conseiller

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

Remarque : si vous possédez ce contrat, vous ne pouvez pas signer en tant que conseillère ou conseiller puisque vous ne pouvez pas vérifier votre propre identité conformément à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent. Le cas échéant, la présente déclaration doit être remplie par un autre conseiller agréé engagé par contrat.

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