



DÉCLARATION DU REQUÉRANT DES ENTITÉS – ÉPARGNE-RETRAITE

Le présent formulaire doit être rempli par le bénéficiaire désigné lorsqu'il s'agit des ayants droit à la succession ou d'une autre entité. Si des demandes de réclamation sont effectuées par un particulier, veuillez utiliser le formulaire Déclaration du requérant du particulier – Épargne-retraite (n° 1516FR).

Si le contrat est cédé, une déclaration doit être remplie par la cessionnaire ou le cessionnaire ainsi que par la bénéficiaire ou le bénéficiaire.

Numéro de chaque contrat en vertu duquel une demande de réclamation est présentée	
Nom de la personne décédée (au complet)	Province ou État du domicile
Date du décès	Date de naissance
Lieu du décès	Lieu de naissance

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT

Nom au complet de l'entité		
Adresse	Ville	Province ou État
Code postal ou code ZIP	Numéro de téléphone	Adresse courriel
À quel titre effectuez-vous la demande de la prestation de décès? (par ex. : personne bénéficiaire désignée, liquidatrice ou liquidateur ou cessionnaire)?		
Lien avec la personne décédée		

2. OPTIONS DE PAIEMENT

Comment souhaitez-vous que la prestation soit versée? (Nota : ces options ne sont pas toutes offertes avec toutes les demandes de réclamation.)

- Par chèque (option par défaut si aucune option n'a été choisie).
- Au moyen du service de dépôt direct dans le compte bancaire de la bénéficiaire ou du bénéficiaire. Joindre un chèque portant la mention ANNULÉ ou une lettre de la banque avec le nom du bénéficiaire préimprimé.
- Transfert à un autre établissement financier (veuillez fournir le formulaire de transfert).
- Dépôt au numéro de contrat de l'Équitable _____.
- Dépôt à un nouveau contrat d'épargne de l'Assurance vie Équitable. Remplir une nouvelle demande avec une conseillère ou un conseiller. Si vous avez besoin d'une conseillère ou d'un conseiller, veuillez communiquer avec notre équipe du Service à la clientèle au 1 800 668-4095.
- Les paiements continueront d'être versés à la bénéficiaire ou au bénéficiaire Joindre un chèque portant la mention ANNULÉ ou une lettre de la banque avec le nom du bénéficiaire préimprimé.
- Autre : _____



DÉCLARATION DU REQUÉRANT DES ENTITÉS – ÉPARGNE-RETRAITE

3. IDENTIFICATION DE L'ENTITÉ

Dans cette section, ne fournir que les renseignements pertinents ci-dessous en fonction du type d'entité de la requérante ou du requérant.

- a) succession ou fiducie
- b) société par actions
- c) entreprise à propriétaire unique, partenariat, association ou syndicat
- d) organisme à but non lucratif

a) Succession ou fiducie

Veillez remplir les renseignements suivants pour tous les fiduciaires ou les exécuteurs testamentaires, les bénéficiaires et les constituants d'une fiducie ou d'une succession :

Veillez indiquer le choix approprié :	Nom	Adresse
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		
<input type="checkbox"/> fiduciaire, exécutrice ou exécuteur <input type="checkbox"/> bénéficiaire <input type="checkbox"/> constituante ou constituant		

J'ai joint une preuve de l'existence de l'entreprise (vous devez en choisir au moins une) : l'accord ou l'acte de fiducie le testament ou les documents successoraux

b) Société par actions

Numéro de constitution (le cas échéant)	Compétence (fédérale ou provinciale)	Numéro d'entreprise ou numéro d'entreprise du Québec
Veillez fournir une description de l'activité principale de l'entreprise (dans le cas d'une société de portefeuille, veuillez décrire la nature des entreprises dont elle est responsable)		
Exercez-vous d'autres activités commerciales sous d'autres noms? Veuillez les énumérer :		

J'ai joint la preuve suivante de l'existence de l'entreprise (vous devez en choisir au moins une) :

- une copie des statuts constitutifs le permis d'exploitation d'un commerce
- le numéro d'enregistrement de nom d'entreprise ou de recherche de nom d'entreprise

De plus, j'ai annexé les dossiers de disposition concernant le pouvoir d'engager la société (personnes ayant l'autorité de signer au nom de la société).

(Veillez choisir et annexer au moins une copie.) :

- une copie de nos règlements la résolution la plus récente des dirigeants

Veillez indiquer le nom des dirigeants de la société :

Nom	Nom
Nom	Nom



DÉCLARATION DU REQUÉRANT DES ENTITÉS – ÉPARGNE-RETRAITE

3. IDENTIFICATION DE L'IDENTITÉ (suite)

c) Entreprise à propriétaire unique, partenariat, association ou syndicat

Numéro de constitution (le cas échéant)	Compétence (fédérale ou provinciale)	Numéro d'entreprise ou numéro d'entreprise du Québec
Veuillez fournir une description de l'activité principale de l'entreprise (dans le cas d'une société de portefeuille, veuillez décrire la nature des entreprises dont elle est responsable)		

Veuillez indiquer le nom des dirigeants de l'organisation :

Nom	Nom
Nom	Nom

Veuillez joindre l'un des documents suivants selon le cas :

Entreprise à propriétaire unique et partenariat :

une copie du permis d'exploitation d'un commerce ou de l'enregistrement de nom de l'entreprise (non exigée si le nom de la compagnie est le nom exact de la propriétaire ou du propriétaire)

Association :

une copie des règlements administratifs, de la convention d'association ou du contrat nominal (Québec)

Syndicat :

une copie de la plus récente convention collective

Société à responsabilité limitée ou autre type de société :

les statuts constitutifs

d) Organisme à but non lucratif

Numéro de constitution (le cas échéant)	Compétence (fédérale ou provinciale)
Veuillez fournir une description de l'activité principale de l'entreprise (dans le cas d'une société de portefeuille, veuillez décrire la nature des entreprises dont elle est responsable)	

J'ai joint l'un des documents suivants (s'il y a lieu) :

une copie des statuts constitutifs le permis d'exploitation d'un commerce

le numéro d'enregistrement de nom d'entreprise ou de recherche de nom d'entreprise

L'entreprise fait-elle la demande de dons de bienfaisance auprès du public? Oui Non

L'organisme est-il une œuvre de bienfaisance enregistrée auprès de l'Agence du revenu du Canada? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquer le numéro d'enregistrement _____

Veuillez indiquer le nom des dirigeants de l'organisme :

Nom	Nom
Nom	Nom



DÉCLARATION DU REQUÉRANT DES ENTITÉS – ÉPARGNE-RETRAITE

4. PROPRIÉTÉ BÉNÉFICIAIRE

La propriétaire ou le propriétaire bénéficiaire désigne un particulier qui possède, directement ou indirectement, 25 % ou plus de l'entreprise ou de l'entité et exerce un contrôle sur un tel pourcentage de parts. Veuillez remplir la section ci-dessous pour chaque propriétaire bénéficiaire.

Personne ne possède, directement ou indirectement, 25 % ou plus de l'entreprise ou de l'entité mentionnée ci-dessus ni n'exerce de contrôle sur un tel pourcentage de parts.

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Adresse personnelle (numéro municipal et nom de la rue)	
Ville	Province	Code postal

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Adresse personnelle (numéro municipal et nom de la rue)	
Ville	Province	Code postal

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Adresse personnelle (numéro municipal et nom de la rue)	
Ville	Province	Code postal

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir les renseignements de toute personne propriétaire bénéficiaire, veuillez expliquer pourquoi :

5. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ

Veuillez utiliser cette section à des fins de vérification de l'identité de tout individu détenant l'autorité de signer ou de donner des directives au nom de l'entité. Des espaces sont prévus pour trois personnes. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez imprimer et joindre le nombre de copies requises de la section Vérification de l'identité du présent formulaire.

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

Adresse du domicile

Veuillez choisir l'une des méthodes de vérification de l'identité suivantes (A ou B) :

A) En personne :

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

Confirmation de la conseillère ou du conseiller :

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

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

B) À distance :

Veuillez utiliser cette méthode lorsque la conseillère ou le conseiller n'est pas présent au moment de vérifier l'identité.

Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone à domicile

Je, personne signataire autorisée indiquée ci-dessus, consens à ce que l'Assurance vie Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services.



DÉCLARATION DU REQUÉRANT DES ENTITÉS – ÉPARGNE-RETRAITE

5. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ (suite)

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

Adresse du domicile

Veillez choisir l'une des méthodes de vérification de l'identité suivantes (A ou B) :

A) En personne :

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

Confirmation de la conseillère ou du conseiller :

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

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

B) À distance :

Veillez utiliser cette méthode lorsque la conseillère ou le conseiller n'est pas présent au moment de vérifier l'identité.

Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone à domicile

Je, personne signataire autorisée indiquée ci-dessus, consens à ce que l'Assurance vie Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services.

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

Adresse du domicile

Veillez choisir l'une des méthodes de vérification de l'identité suivantes (A ou B) :

A) En personne :

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

Confirmation de la conseillère ou du conseiller :

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

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

B) À distance :

Veillez utiliser cette méthode lorsque la conseillère ou le conseiller n'est pas présent au moment de vérifier l'identité.

Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone à domicile

Je, personne signataire autorisée indiquée ci-dessus, consens à ce que l'Assurance vie Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services.



DÉCLARATION DU REQUÉRANT DES ENTITÉS – ÉPARGNE-RETRAITE

6. DÉCLARATION DE LA RÉSIDENCE FISCALE

Veillez choisir toutes les options qui concernent l'entité.

L'entité est résidente du Canada aux fins de l'impôt. Si l'entité est une fiducie, veuillez indiquer le numéro de compte de la fiducie.

Numéro de compte de fiducie : T-_____

L'entité est résidente aux États-Unis aux fins de l'impôt.

L'entité est résidente d'un territoire de compétence autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.

Territoire de compétence de la résidence fiscale : _____

Numéro d'identification fiscal ou équivalent : _____

Si l'entité ne possède pas de NIF ou d'équivalent pour un territoire de compétence en particulier, veuillez en donner la raison en choisissant l'une des trois options suivantes :

a) L'entité fera la demande ou a fait la demande d'un NIF, mais ne l'a pas encore reçu.

b) Le territoire de compétence de résidence de l'entité n'émet pas de NIF à ses résidents.

c) Autre raison : _____

7. SIGNATURE ET DÉCLARATION DES PROPOSANTS OU TITULAIRES DE CONTRAT

Dans cette section, les termes « vous », « votre » et « vos » désignent les signataires autorisés ou les fiduciaires qui signent ci-dessous.

En signant ci-dessous :

- Vous déclarez que vous avez l'autorisation de signer au nom de la titulaire ou du titulaire de contrat.
- Vous certifiez que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à jour, exacts et complets.
- Vous convenez d'aviser l'Assurance vie Équitable dans un délai de 30 jours de tout changement relatif aux renseignements fournis, quels qu'ils soient, dans le présent formulaire.

Prénom	Initiale du second prénom	Nom de famille	
Signature du signataire autorisé ou du fiduciaire		Titre	Date (jj/mm/aaaa)
Prénom	Initiale du second prénom	Nom de famille	
Signature du signataire autorisé ou du fiduciaire		Titre	Date (jj/mm/aaaa)
Prénom	Initiale du second prénom	Nom de famille	
Signature du signataire autorisé ou du fiduciaire		Titre	Date (jj/mm/aaaa)

Le fait de présenter le présent formulaire ou tout autre formulaire de demande de réclamation à la requérante ou au requérant, ne rend la Compagnie aucunement responsable et elle n'abandonne aucun de ses droits. Une disposition concernant le délai de prescription décrit la période pendant laquelle vous pouvez commencer des procédures judiciaires pour recouvrer les prestations du contrat. Cette période est énoncée dans la loi sur les assurances provinciale ou toute autre loi qui s'applique à votre demande de réclamation.

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir de l'aide afin de remplir la présente déclaration et de fournir une preuve de réclamation, veuillez communiquer avec notre personnel au siège social au 1 800 668-4095.

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.