Équitable[MC]

**Siège social**
1, chemin Westmount Nord
C. P. 1603, succursale Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7

**Tél. s. f. :** 1 800 668-4095 **Tél. :** 519 886-5210 **Téléc. :** 519 883-7404
equitable.ca/fr

# CERTIFICAT DES SIGNATAIRES AUTORISÉS

| Nom de la requérante ou du requérant, ou encore de la ou du titulaire | Numéro de contrat ou de proposition d'assurance |
|---|---|
| | |

## 1. RÉSOLUTION

COPIE CONFORME CERTIFIÉE D'UNE
RÉSOLUTION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE

_____
*(indiquer le nom de la Compagnie ci-dessus)*
(la « **Compagnie** »)

« IL EST RÉSOLU QUE :

- la Compagnie est autorisée à présenter une demande, ou à effectuer des opérations concernant un ou plusieurs contrats d'assurance établis par L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (l'« Équitable »);

- Veuillez cocher l'une des cases ci-dessous :

  ☐ l'un ou l'autre des signataires autorisés indiqués ci-dessous à l'aide de son spécimen de signature

  ☐ deux des signataires autorisés indiqués ci-dessous à l'aide de leur spécimen de signature

  est ou sont autorisés à signer au nom de la Compagnie tout document lié aux contrats de l'Équitable[MD] et la Compagnie sera liée par la présente;

- l'Équitable peut prendre des mesures en fonction des demandes et des directives des signataires autorisés énumérés sans faire une enquête quant à la justesse de ces demandes et directives; et

- l'Équitable peut s'appuyer sur la présente résolution jusqu'à ce qu'elle reçoive un avis écrit lui signifiant que la présente résolution a été révoquée.

| | | |
|---|---|---|
| (Nom) | (Titre) | (Signature) |
| (Nom) | (Titre) | (Signature) |
| (Nom) | (Titre) | (Signature) |
| (Nom) | (Titre) | (Signature) » |

# RÉSOLUTION DES SIGNATAIRES AUTORISÉS

## 2. CERTIFICATION

En tant que signataire autorisée ou signataire autorisé de la Compagnie, par la présente, je certifie que:

- la résolution qui précède est une copie conforme d'une résolution adoptée par les administrateurs de la Compagnie et fait partie intégrante des registres officiels de la Compagnie; et
- la résolution qui précède entre en vigueur à la date du présent certificat.

| Prénom | Nom de famille | |
|---|---|---|
| Signature du signataire autorisé | Titre | Date (jj-mm-aaaa) |

| Prénom | Nom de famille | |
|---|---|---|
| Signature du signataire autorisé | Titre | Date (jj-mm-aaaa) |

## 3. DIRECTIVES

1. Veuillez remplir le présent formulaire si vous faites la demande d'un contrat d'assurance vie entière, d'un contrat d'assurance vie universelle ou d'un contrat non enregistré au nom d'une société, ou souhaitez informer l'Équitable des nouveaux signataires autorisés ou du retrait de tout signataire autorisé.
2. Le présent formulaire peut être utilisé plutôt que de fournir une copie des règlements ou d'une résolution des administrateurs concernant les signataires autorisés.
3. La ou les signatures fournies sur le présent formulaire doivent être représentatives de la signature des signataires autorisés, qu'il s'agisse d'une signature manuscrite ou d'une version électronique de la signature manuscrite. Les tampons fournis par les programmes de signature électronique qui n'affichent qu'un nom et une date ne sont pas autorisés.