



# Demande de souscription de fonds indispensables Sélects

compte d'épargne libre d'impôt  
(CELI)

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 bénéficiaire
- **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](http://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 – CELI

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"> <li>• Copie 1 – Assurance vie Équitable</li> <li>• Copie 2 – Conseiller</li> <li>• Copie 3 – Client</li> </ul>
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

La présente demande de souscription est destinée au compte d'épargne libre d'impôt (CELI). Veuillez sélectionner une catégorie de garantie :

- Fonds indispensables Sélects, catégorie Placement 75/75  
 Fonds indispensables Sélects, catégorie Succession 75/100  
 Fonds indispensables Sélects, catégorie Protection 100/100

### 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE OU LE RENTIER (LE TITULAIRE DOIT ÊTRE LE RENTIER DANS LE CAS D'UN CELI)

Nota : la rentière ou le rentier doit être résident canadien et être âgé d'au moins 18 ans.

M.  Mme

Nom de la titulaire ou du titulaire du contrat (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)

Sexe :  masculin  féminin

Numéro d'assurance sociale (NAS)

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

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

**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.

Emploi (si vous êtes à la retraite, veuillez indiquer votre ancien emploi) :

Titre de poste : \_\_\_\_\_

Fonctions : \_\_\_\_\_

**Vérification de l'identité** : 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 sécurisé de statut d'Indien.

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

- 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 (aaaa/mm/jj)	Date de vérification du conseiller (aaaa/mm/jj)

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.



## DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS – CELI

### 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE RENTIER (SUITE) (DOIT ÊTRE TITULAIRE D'UN CELI)

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 (aaaa/mm/jj)	Date de vérification du conseiller (aaaa/mm/jj)

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

La demande de souscription n'a pas été remplie en personne.

Je, personne titulaire, consens à ce que l'Assurance vie 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.

### 3. RENTIER SUCCESSEUR OU TITULAIRE SUBSIDIAIRE (SECTION FACULTATIVE)

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 successeure 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 successeure ou du rentier successeur (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Lien avec le rentier (doit être légalement marié ou conjoint de fait)
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		

Adresse (numéro, rue et appartement) (si elle diffère de celle du rentier)

Ville ou municipalité	Province	Code postal
-----------------------	----------	-------------

Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Numéro d'assurance sociale (NAS)	Date d'expiration (le cas échéant)

### 4. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Toute personne nommée ici recevra une prestation de décès advenant le décès de la dernière personne rentière survivante.

Si votre conjointe ou conjoint ou encore votre conjointe ou conjoint de fait est l'unique bénéficiaire au moment de votre décès, et qu'aucune rentière successeure ni rentier successeur n'a été désigné, votre conjoint pourra choisir de recevoir la prestation de décès ou de maintenir ce contrat en tant que rentier successeur.

**Mandataire :** si la demande de souscription est signée par un 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 révocable 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 révocable.

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 \(n° 1514FR\)](#).



## DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS – CELI

### 5. COTISATIONS (TOUT PAIEMENT DOIT ÊTRE EFFECTUÉ PAR LA TITULAIRE OU LE TITULAIRE)

Nota : le dépôt minimal requis est de 500 \$ ou de 50 \$ par l'entremise du service de débit préautorisé (DPA).

Chèque \_\_\_\_\_ \$

DPA unique \_\_\_\_\_ \$ (veuillez remplir la section 7)

DPA continu \_\_\_\_\_ \$ (veuillez remplir la section 7)

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 12).

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](http://www.equitable.ca/aller/servicesbancairesenligne).

### 6. SÉLECTION DES FONDS

L'affectation totale doit évaluer 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° 375SELFR](#)).

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 – CELI

### 7. SERVICE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) (SECTION FACULTATIVE, SAUF SI DEMANDÉ À LA SECTION 5)

#### 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, OU

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<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup> jour)     Deux fois par mois (le 1<sup>er</sup> et le 15<sup>e</sup> 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 – CELI

### 7. SERVICE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) (SECTION FACULTATIVE, SAUF SI DEMANDÉ À LA SECTION 5)

#### 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](http://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 (option offerte avec le DPA unique seulement) (le formulaire [Compte d'épargne libre d'impôt – Certification de cotisation d'un tiers \(n° 1582FR\)](#) est requis)

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.

#### Coordonnées

Assurance vie Équitable du Canada, 1, chemin Westmount Nord C. P. 1603, succursale Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7

Tél. s. f. : 1 800 668-4095 Téléc. : 519 883-7404 Courriel : [epargneretraite@equitable.ca](mailto:epargneretraite@equitable.ca)

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.

Veillez 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](http://www.payments.ca) et devra être dûment rempli et envoyé à votre établissement financier.

#### 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](http://www.payments.ca).

### 8. ACHATS PÉRIODIQUES PAR SOMMES FIXES (SECTION FACULTATIVE)

Veillez 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.

Veillez sélectionner la fréquence :

hebdomadaire  mensuelle  bimestrielle (une fois tous les deux mois)  trimestrielle  semestrielle  annuelle

Date de début (du 1<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup> jour) : \_\_\_\_\_  
(aaaa/mm/jj)

Date de fin (facultative) (du 1<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup> jour) : \_\_\_\_\_  
(aaaa/mm/jj)

Du fonds		Au fonds	
Code du fonds	Montant	Code du fonds	Montant
			\$
			\$
	\$		\$
			\$



## DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS – CELI

### 9. VERSEMENTS DE REVENU PRÉVUS (SECTION FACULTATIVE)

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. Veuillez joindre un chèque avec la mention « ANNULÉ ».

Montant périodique \_\_\_\_\_ \$

mensuelle  trimestrielle  semestrielle  annuelle

Date de début ou date de retrait : \_\_\_\_\_  
(aaaa/mm/jj) (du 1<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup> jour)

(Veillez prévoir un délai de trois à cinq jours pour le traitement.)

Les versements de revenu prévus seront effectués au prorata, sauf indication contraire ci-dessous :

Nom du fonds	Code du fonds	Affectation (\$)

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 12).

### 10. 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 \_\_\_\_\_

### 11. 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 \_\_\_\_\_

### 12. DIRECTIVES SPÉCIALES (SECTION FACULTATIVE)





## DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS – CELI

### 13. 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](http://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 – CELI

### 14. CONVENTION ET SIGNATURES

Je conviens et confirme ce qui suit:

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 de produire un choix visant à enregistrer le contrat de fonds indispensables Sélects et la notice explicative à titre de compte d'épargne libre d'impôt 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 tous les numéros d'assurance sociale 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](http://www.equitable.ca/aller/contrats).

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.  
(ville) (province) (jour) (mois)

Toutes les signatures requises pour les retraits à partir du compte sont incluses dans la présente demande de souscription et toutes les conditions établies dans la section 7 intitulée Service de débit préautorisé (DPA) sont comprises et acceptées. La payeuse ou le payeur doit être la rentière ou le rentier. 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.

Signature du titulaire ou du rentier

Nom du payeur \_\_\_\_\_

Signature du payeur \_\_\_\_\_

Nom de la mandataire ou du mandataire (le cas échéant) :

Nom du copayeur \_\_\_\_\_

Signature du copayeur (le cas échéant) \_\_\_\_\_

A signé au nom de \_\_\_\_\_

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



## DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS – CELI

### 15. 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.

1383FR (2023/05/29)