



Déclaration de télévirement – Amorce

Si vous avez les moyens techniques de produire votre déclaration par voie électronique, vous NE devez PAS utiliser ce formulaire papier. Veuillez consulter la directive sur les DTV sur le [site Web de CANAFE](#) pour obtenir plus d'informations sur la manière de remplir la présente déclaration.

Veillez utiliser ce formulaire si vous êtes une entité déclarante et que vous devez soumettre une déclaration de télévirements à CANAFE lorsque vous amorcez, à la demande d'une personne ou d'une entité, un télévirement international de 10 000 \$ ou plus au cours d'une seule opération. Une déclaration de télévirement doit également être soumise afin de déclarer les télévirements à CANAFE conformément à la règle de 24 heures lorsque vous amorcez 2 ou plusieurs télévirements internationaux qui totalisent 10 000 \$ ou plus au cours d'une période fixe de 24 heures, et que vous savez, selon le cas, que les opérations :

- ont été demandés par la même personne ou entité
- ont été demandés au nom de la même personne ou entité (tiers)
- sont destinés au même bénéficiaire (personne ou entité)

Vous devez aussi conserver une copie de cette déclaration dans vos dossiers.

Pour de plus amples renseignements sur quels télévirements doivent faire l'objet d'une déclaration et quelles entités sont tenues de faire ces déclarations ou pour en savoir plus sur la façon de remplir ce formulaire, veuillez consulter les directives sur les déclarations à CANAFE destinées à votre secteur ou composez le numéro du Service de renseignement de CANAFE, soit le 1-866-346-8722.

Faites parvenir votre déclaration dûment remplie, par la poste à : CANAFE, Section A, 234, avenue Laurier Ouest, 24^e étage, Ottawa (Ontario) K1P 1H7
Ou par télécopieur au : 1-866-226-2346

Cette déclaration vise-t-elle à corriger une déclaration transmise antérieurement?

NON

OUI

- Indiquez la date et l'heure de la déclaration initiale

Date ANNÉE MOIS JOUR Heure HEURE MINUTES SECONDES

- REMPLISSEZ cette première page, peu importe si les renseignements ont changé ou non.
- Pour ce qui est des parties A à G, indiquez SEULEMENT les nouveaux renseignements dans les champs correspondants.
- Si vous désirez retrancher les renseignements d'un champ, tracez une ligne dans ce champ.

DATE ET HEURE

ANNÉE

MOIS

JOUR

DE LA DÉCLARATION

HEURE

MINUTES

SECONDES

Tous les champs du formulaire marqués d'un astérisque (*) doivent être remplis, à moins que le champ ne soit pas requis selon les circonstances. Pour tous les autres champs, vous devez prendre des mesures raisonnables afin d'obtenir les renseignements demandés et indiquer les renseignements obtenus; c'est-à-dire les mesures décrites dans vos politiques et procédures, que vous prenez pour obtenir les renseignements applicables. Si les renseignements sont obtenus, ils doivent être communiqués. Le fait de ne pas fournir les renseignements exigés dans la déclaration sera considéré comme un cas de non-conformité et peut entraîner des sanctions pénales ou des pénalités administratives. Pour en savoir plus sur les mesure d'application de la loi possibles, consultez la page des Pénalités pour les cas de non-conformité sur le site Web de CANAFE.

Renseignements généraux

*Numéro d'identification de l'entité déclarante :

‡Numéro de référence de la déclaration de l'entité déclarante :

Laquelle des catégories suivantes vous décrit le mieux comme entité déclarante?

*Secteur d'activité :

Banque	Comptable	Entreprise de services monétaires étrangère	Secteur de l'immobilier
Caisse d'épargne et de crédit	Coopérative de crédit	Mandataire de Sa Majesté	Société d'assurance-vie
Caisse d'épargne provinciale	Coopérative de services financiers	Négociant en métaux précieux et en pierres précieuses	Société de fiducie et/ou de prêt
Caisse populaire	Courtier en valeurs mobilières	Notaire de la Colombie-Britannique	
Casino	Courtier ou représentant d'assurance-vie		
Centrale de caisses de crédit	Entreprise de services monétaires		

Avec qui CANAFE peut-il communiquer au sujet de la présente déclaration?

†Nom de famille :

†Prénom :

Autre nom/Initiale :

†Numéro de téléphone :

Poste :

Adresse électronique :

Renseignements sur la déclaration

‡Direction du télévirement :

Amorce

Destinataire

‡Type de regroupement :

Bénéficiaire

Demandeur

Pour le compte de (c. à d. tiers)

Sans objet

‡Date du début de la période de 24 heures :

‡Heure de fin de la période de 24 heures :

Date ANNÉE MOIS JOUR
Heure HEURE MINUTES SECONDES Décalage UTC + - HEURE MINUTES

Date ANNÉE MOIS JOUR
Heure HEURE MINUTES SECONDES Décalage UTC + - HEURE MINUTES

Directive ministérielle — Vous devez tenir compte de toutes les exigences émises en vertu d'une directive ministérielle ainsi que des exigences en matière de déclaration d'opérations importantes en espèces. Pour en savoir plus, veuillez consulter les directives de CANAFE sur les directives ministérielles et les restrictions relatives aux opérations sur le [site Web de CANAFE](#).

Si cette déclaration est liée à une directive ministérielle, veuillez cocher la case correspondante.

IR2020

Renseignements sur l'opération

*Type de télévirement :

Swift	Non Swift
--------------	------------------

*Date de l'opération :

20		
ANNÉE	MOIS	JOUR

*Heure de l'opération :

			Décalage UTC +		
HEURE	MINUTES	SECONDS	-	HEURE	MINUTES

*Montant :

*Type de devise :

Taux de change :

‡Indicateur de seuil — Le montant reçu était-il équivalent ou supérieur à 10 000 CAD, ou inférieur au seuil de 10 000 CAD?

Supérieur au seuil	Inférieur au seuil
---------------------------	---------------------------

‡Numéro de référence de l'opération de l'entité déclarante :

‡Avez-vous appliqué une exception réglementaire à cette opération?

Oui	Non
------------	------------

Pour les entreprises de services monétaires et les entreprises de services monétaires étrangères seulement :

Vous devez remplir cette section si vous avez sélectionné « amorce » comme direction du télévirement dans cette déclaration

Question 1

‡En tant qu'entreprise qui amorce l'opération, êtes-vous aussi le destinataire?

Oui	Non
------------	------------

Question 2

‡Est-ce que votre entreprise reçoit les fonds à titre de destinataire?

Oui	Non
------------	------------

‡(Si oui aux questions 1 et 2) Quel est le statut de client du demandeur?

Au Canada	À l'extérieur du Canada
------------------	--------------------------------

‡(Si oui aux questions 1 et 2) Quel est le statut de client du bénéficiaire?

Au Canada	À l'extérieur du Canada
------------------	--------------------------------

Question 3

‡Est-ce que le demandeur déplace des fonds à destination ou en provenance du Canada?

Vers le Canada	Hors du Canada	Les deux
-----------------------	-----------------------	-----------------

Origine des fonds concernés au moment de l'amorce

³Des renseignements sur l'origine (personne ou entité) des fonds ont-ils été obtenus?

Oui**Non** (passez à la page suivante)

Comment les fonds ont-ils été obtenus?

Personne à l'origine des fonds

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Numéro de compte :

Numéro de police :

Numéro d'identification (À compléter seulement s'il n'y a pas de numéro de compte ou de numéro de police) :

Entité à l'origine des fonds

Nom de l'entité :

Numéro de compte :

Numéro de police :

Numéro d'identification (À compléter seulement s'il n'y a pas de numéro de compte ou de numéro de police) :

Renseignements au sujet de la personne qui demande l'amorce du télévirement (le cas échéant)

†Nom de famille :

†Prénom :

Autre nom/Initiale :

Alias :

Numéro de client :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

†Adresse (rue) :

†Ville :

District :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

†Pays :

Code postal ou zip :

Numéro de téléphone :

Poste :

Adresse électronique :

†Date de naissance :

ANNÉE MOIS JOUR

Pays de résidence :

†Métier ou profession :

Nom de l'employeur :

Renseignements d'identification de la personne

†Type de document d'identification :

Carte d'assurance sociale	Certificat de naissance	Dossier de crédit	Relevé de compte d'un service public
Carte d'assurance-maladie provinciale	Certificat de statut indien	Fiche d'établissement	Visa de voyage
Carte d'identité provinciale ou territoriale	Document d'identité délivré par le gouvernement	Passeport	Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
Carte de citoyenneté	Documents d'assurance	Permis de conduire	
Carte de résident permanent		Relevé d'emploi	

†Si « Autre », veuillez préciser :

†Numéro associé au type de document ou de renseignements d'identification (ne pas fournir un numéro d'assurance sociale) :

†Autorité de délivrance (pays) :

Autorité de délivrance (province ou État) :

†Type de document d'identification 2 : (Remplir cette section uniquement si la méthode à processus double a été utilisée pour vérifier l'identité de la personne)

Carte d'assurance sociale	Certificat de naissance	Dossier de crédit	Relevé de compte d'un service public
Carte d'assurance-maladie provinciale	Certificat de statut indien	Fiche d'établissement	Visa de voyage
Carte d'identité provinciale ou territoriale	Document d'identité délivré par le gouvernement	Passeport	Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
Carte de citoyenneté	Documents d'assurance	Permis de conduire	
Carte de résident permanent		Relevé d'emploi	

†Si « Autre », veuillez préciser :

†Numéro associé au type de document ou de renseignements d'identification (ne pas fournir un numéro d'assurance sociale) :

†Autorité de délivrance (pays) :

Autorité de délivrance (province ou État) :

Information sur le compte ou référence lié au télévirement

†Numéro de référence :

Autre numéro lié au numéro de référence :

†Numéro d'institution financière :

†Numéro de succursale :

†Numéro de compte :

†Type de compte :

Casino	Entreprise	Fiducie	Personnel	Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
---------------	-------------------	----------------	------------------	---

†Si « Autre », veuillez préciser :

†Devise du compte :

Date d'ouverture du compte :

ANNÉE MOIS JOUR

Titulaire du compte – Personne 1 (le cas échéant)

[†]Nom de famille :

[†]Prénom :

Autre nom/Initiale :

Titulaire du compte – Personne 2 (le cas échéant)

[†]Nom de famille :

[†]Prénom :

Autre nom/Initiale :

Titulaire du compte – Entité 1 (le cas échéant)

[†]Nom de l'entité :

Titulaire du compte – Entité 2 (le cas échéant)

[†]Nom de l'entité :

Information concernant une opération demandée en ligne

Type d'appareil utilisé :

Ordinateur/ordinateur portable

Tablette

Téléphone cellulaire

Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

[†]Si « Autre », veuillez préciser :

Nom d'utilisateur :

Numéro d'identification de l'appareil :

Adresse du protocole Internet :

Date de la séance en ligne au cours de laquelle la demande a été effectuée :

ANNÉE MOIS JOUR

Heure de la séance en ligne au cours de laquelle la demande a été effectuée :

HEURE MINUTES SECONDES Décalage UTC + / - HEURE MINUTES

Renseignements au sujet de l'entité qui demande l'amorce du télévirement (le cas échéant)

†Nom de l'entité :

Numéro de client :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

†Adresse (rue) :

†Ville :

District :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

†Pays :

Code postal ou zip :

Numéro de téléphone :

Poste :

†Nature des activités principales de l'entité :

†Avez-vous des informations sur la constitution ou l'enregistrement?

Oui (Remplir les renseignements ci-dessous sur l'enregistrement et/ou la constitution en société)**Non** (Passez à la section des renseignements d'identification de l'entité)

Constituée ou enregistrée?

Constituée**Enregistrée****Constituée et enregistrée****Constitution de l'entité**

†Numéro de constitution :

†Autorité de délivrance (pays) de constitution :

Autorité de délivrance (province ou État) de constitution :

Enregistrement de l'entité

†Numéro d'enregistrement :

†Autorité de délivrance (pays) d'enregistrement :

Autorité de délivrance (province ou État) d'enregistrement (nom) :

Identification de l'entité

[†]Type de document d'identification :

Acte d'association
Certificat attestant l'existence
de la personne morale

Certificat de constitution
Entente de partenariat

Lettre ou avis de cotisation
Rapport annuel

Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

[†]Si « Autre », veuillez préciser :

[†]Numéro associé au type de document ou de renseignements d'identification (ne pas fournir un numéro d'assurance sociale) :

[†]Autorité de délivrance (pays) :

Autorité de délivrance (province ou État) :

Personne ayant le pouvoir de lier l'entité ou d'agir à l'égard du compte (jusqu'à 3)

Personne 1

[†]Nom de famille :

[†]Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 2 (le cas échéant)

[†]Nom de famille :

[†]Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 3 (le cas échéant)

[†]Nom de famille :

[†]Prénom :

Autre nom/Initiale :

Information sur le compte ou référence liée au télévirement

¹Numéro de référence :

Autre numéro lié au numéro de référence :

¹Numéro d'institution financière :

¹Numéro de succursale :

¹Numéro de compte :

¹Type de compte :

Casino

Entreprise

Fiducie

Personnel

Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

¹Si « Autre », veuillez préciser :

¹Devise du compte :

Date d'ouverture du compte :

ANNÉE MOIS JOUR

Titulaire du compte

Personne 1 (le cas échéant)

¹Nom de famille :

¹Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 2 (le cas échéant)

¹Nom de famille :

¹Prénom :

Autre nom/Initiale :

Entité 1 (le cas échéant)

¹Nom de l'entité :

Entité 2 (le cas échéant)

¹Nom de l'entité :

Information concernant une opération demandée en ligne

Type d'appareil utilisé :

Ordinateur/ordinateur portable

Tablette

Téléphone cellulaire

Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

¹Si « Autre », veuillez préciser :

Nom d'utilisateur :

Numéro d'identification de l'appareil :

Adresse du protocole Internet :

Date de la séance en ligne au cours de laquelle la demande a été effectuée :

ANNÉE MOIS JOUR

Heure de la séance en ligne au cours de laquelle la demande a été effectuée :

HEURE MINUTES SECONDES Décalage UTC + - HEURE MINUTES

Information sur le titulaire du compte (si différent du demandeur)

⁴Est-ce que les fonds ont été retirés d'un compte qui n'est pas détenu par le demandeur (personne/entité)?

Oui

Non

Renseignements sur la personne titulaire du compte, si différent du demandeur (le cas échéant)

¹Nom de famille :

¹Prénom :

Autre nom/Initiale :

Alias :

Numéro de client :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

¹Adresse (rue) :

¹Ville :

District :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

¹Pays :

Code postal ou zip :

Numéro de téléphone :

Poste :

Adresse électronique :

¹Date de naissance :

ANNÉE MOIS JOUR

Pays de résidence :

¹Métier ou profession :

Nom de l'employeur :

Identification de la personne titulaire du compte

*Type de document d'identification :

Carte d'assurance sociale	Certificat de naissance	Dossier de crédit	Relevé de compte d'un service public
Carte d'assurance-maladie provinciale	Certificat de statut indien	Fiche d'établissement	Visa de voyage
Carte d'identité provinciale ou territoriale	Document d'identité délivré par le gouvernement	Passeport	Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
Carte de citoyenneté	Documents d'assurance	Permis de conduire	
Carte de résident permanent		Relevé d'emploi	

*Si « Autre », veuillez préciser :

*Numéro associé au type de document ou de renseignements d'identification (ne pas fournir un numéro d'assurance sociale) :

*Autorité de délivrance (pays) :

Autorité de délivrance (province ou État) :

*Type de document d'identification 2 : Remplir cette section uniquement si la méthode à processus double a été utilisé pour vérifier l'identité de la personne

Carte d'assurance sociale	Certificat de naissance	Dossier de crédit	Relevé de compte d'un service public
Carte d'assurance-maladie provinciale	Certificat de statut indien	Fiche d'établissement	Visa de voyage
Carte d'identité provinciale ou territoriale	Document d'identité délivré par le gouvernement	Passeport	Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
Carte de citoyenneté	Documents d'assurance	Permis de conduire	
Carte de résident permanent		Relevé d'emploi	

*Si « Autre », veuillez préciser :

*Numéro associé au type de document ou de renseignements d'identification (ne pas fournir un numéro d'assurance sociale) :

*Autorité de délivrance (pays) :

Autorité de délivrance (province ou État) :

Lien entre le titulaire du compte nommé ci-dessus et le demandeur

*Lien:

Ami	Courtier	Fournisseur	Propriétaire conjoint/secondaire
Client	Employé	Mandataire	Signataire autorisé
Comptable	Employeur	Membre de la famille	Autre
Conseiller juridique	Emprunteur	Procurator	

*Si « Autre », veuillez préciser :

Renseignements sur l'entité titulaire du compte, si différent du demandeur (le cas échéant)

*Nom de l'entité :

Numéro de client :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

†Adresse (rue) :

*Ville :

District :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

*Pays :

Code postal ou zip :

Numéro de téléphone :

Poste :

Adresse électronique :

†Nature des activités principales de l'entité :

‡Avez-vous des informations sur la constitution ou l'enregistrement?

Oui (Remplir les renseignements ci-dessous sur l'enregistrement et/ou la constitution en société)**Non** (Passez à la section des renseignements d'identification de l'entité)

Constituée ou enregistrée?

Constituée**Enregistrée****Constituée et enregistrée****Inconnu****Renseignements sur la constitution de l'entité**

†Numéro de constitution :

†Autorité de délivrance (pays) de constitution :

Autorité de délivrance (province ou État) de constitution :

Renseignements sur l'enregistrement de l'entité

†Numéro d'enregistrement :

†Autorité de délivrance (pays) d'enregistrement :

Autorité de délivrance (province ou État) d'enregistrement (nom) :

Identification information of the entity

†Type de document d'identification :

Acte d'association
Certificat attestant l'existence
de la personne morale

Certificat de constitution
Entente de partenariat

Lettre ou avis de cotisation
Rapport annuel

Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

†Si « Autre », veuillez préciser :

†Numéro associé au type de document ou de renseignements d'identification (ne pas fournir un numéro d'assurance sociale) :

†Autorité de délivrance (pays) :

Autorité de délivrance (province ou État) :

Personne(s) ayant le pouvoir de lier l'entité ou d'agir à l'égard du compte (jusqu'à 3)**Personne 1**

†Nom de famille :

†Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 2 (le cas échéant)

†Nom de famille :

†Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 3 (le cas échéant)

†Nom de famille :

†Prénom :

Autre nom/Initiale :

Lien entre le titulaire du compte nommé ci-dessus et le demandeur

†Lien :

Ami
Client
Comptable
Conseiller juridique

Courtier
Employé
Employeur
Emprunteur

Fournisseur
Mandataire
Membre de la famille
Procuration

Propriétaire conjoint/secondaire
Signataire autorisé
Autre

†Si « Autre », veuillez préciser :

Tierce partie

*Est-ce que l'amorce du télévirement est demandée pour le compte d'une autre personne ou entité?

Oui

Non

Renseignements au sujet du tiers (personne pour le compte de qui l'opération a été effectuée, le cas échéant)

*Nom de famille :

*Prénom :

Autre nom/Initiale :

Alias :

Numéro de client :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

Adresse (rue) :

Ville :

District :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

Pays :

Code postal ou zip :

Numéro de téléphone :

Poste :

Adresse électronique :

Date de naissance :

ANNÉE MOIS JOUR

Pays de résidence :

Métier ou profession :

Nom de l'employeur :

Renseignements d'identification de la personne

Type de document d'identification :

Carte d'assurance sociale	Certificat de naissance	Dossier de crédit	Relevé de compte d'un service public
Carte d'assurance-maladie provinciale	Certificat de statut indien	Fiche d'établissement	Visa de voyage
Carte d'identité provinciale ou territoriale	Document d'identité délivré par le gouvernement	Passeport	Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
Carte de citoyenneté	Documents d'assurance	Permis de conduire	
Carte de résident permanent		Relevé d'emploi	

*Si « Autre », veuillez préciser :

Numéro associé au type de document ou de renseignements d'identification (ne pas fournir un numéro d'assurance sociale) :

Autorité de délivrance (pays) :

Autorité de délivrance (province ou État) :

Type de document d'identification 2 : Remplir cette section uniquement si la méthode à processus double a été utilisé pour vérifier l'identité de la personne

Carte d'assurance sociale	Certificat de naissance	Dossier de crédit	Relevé de compte d'un service public
Carte d'assurance-maladie provinciale	Certificat de statut indien	Fiche d'établissement	Visa de voyage
Carte d'identité provinciale ou territoriale	Document d'identité délivré par le gouvernement	Passeport	Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
Carte de citoyenneté	Documents d'assurance	Permis de conduire	
Carte de résident permanent		Relevé d'emploi	

*Si « Autre », veuillez préciser :

Numéro associé au type de document ou de renseignements d'identification (ne pas fournir un numéro d'assurance sociale) :

Autorité de délivrance (pays) :

Autorité de délivrance (province ou État) :

Lien entre la personne nommée ci-dessus et le demandeur

*Lien :

Ami	Courtier	Fournisseur	Propriétaire conjoint/secondaire
Client	Employé	Mandataire	Signataire autorisé
Comptable	Employeur	Membre de la famille	Autre
Conseiller juridique	Emprunteur	Procuration	

*Si « Autre », veuillez préciser :

Renseignements au sujet du tiers (l'entité pour le compte de qui l'opération a été effectuée, le cas échéant)

*Nom de l'entité :

Numéro de client :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

Adresse (rue) :

Ville :

District :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

Pays :

Code postal ou zip :

Numéro de téléphone :

Poste :

Adresse électronique :

Nature des activités principales de l'entité :

‡Avez-vous des informations sur la constitution ou l'enregistrement?

Oui (Remplir les renseignements ci-dessous sur l'enregistrement et/ou la constitution en société)**Non** (Passez à la section des renseignements d'identification de l'entité)

Constituée ou enregistrée?

Constituée**Enregistrée****Constituée et enregistrée****Renseignements sur la constitution en société**

Numéro de constitution :

Autorité de délivrance (pays) de constitution :

Autorité de délivrance (province ou État) de constitution :

Renseignements sur l'enregistrement

Numéro d'enregistrement :

Autorité de délivrance (pays) d'enregistrement :

Autorité de délivrance (province ou État) d'enregistrement :

Renseignements d'identification de l'entité

Type de document d'identification :

Acte d'association Certificat attestant l'existence de la personne morale	Certificat de constitution Entente de partenariat	Lettre ou avis de cotisation Rapport annuel	Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
--	--	--	---

Si « Autre », veuillez préciser :

Numéro associé au type de document ou de renseignements d'identification (ne pas fournir un numéro d'assurance sociale) :

Autorité de délivrance (pays) :

Autorité de délivrance (province ou État) :

Personne(s) ayant le pouvoir de lier l'entité ou d'agir à l'égard du compte (jusqu'à 3)**Personne 1**

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 2 (le cas échéant)

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 3 (le cas échéant)

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Lien entre l'entité nommée ci-dessus et le demandeur

*Lien :

Ami	Courtier	Fournisseur	Propriétaire conjoint/secondaire
Client	Employé	Mandataire	Signataire autorisé
Comptable	Employeur	Membre de la famille	Autre
Conseiller juridique	Emprunteur	Procuration	

Si « Autre », veuillez préciser :

Renseignements sur la personne qui amorce le télévirement (le cas échéant)

†Nom de famille :

†Prénom :

Autre nom/Initiale :

†Code d'identification de la banque ou identifiant de l'entité commerciale :

Numéro d'identification assigné à la personne concernant ses activités de télévirement :

†Numéro d'emplacement de l'entité déclarante :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

†Adresse (rue) :

†Ville :

District :

†Pays :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

Code postal ou zip :

Renseignements sur l'entité qui amorce le télévirement (le cas échéant)

†Nom de l'entité :

†Code d'identification de la banque ou identifiant de l'entité commerciale :

Numéro d'identification assigné à l'entité concernant ses activités de télévirement :

†Numéro d'emplacement de l'entité déclarante :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

†Adresse (rue) :

†Ville :

District :

†Pays :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

Code postal ou zip :

‡Est-ce que des parties additionnelles sont impliquées dans l'exécution de ce télévirement?

Oui

Non

Renseignements sur la personne qui envoie ou doit envoyer le télévirement (le cas échéant)

†Nom de famille :

†Prénom :

Autre nom/Initiale :

†Code d'identification de la banque ou identifiant de l'entité commerciale :

Numéro d'identification assigné à la personne concernant ses activités de télévirement :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

†Adresse (rue) :

†Ville :

District :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

†Pays :

Code postal ou zip :

Renseignements sur l'entité qui envoie ou doit envoyer le télévirement (le cas échéant)

†Nom de l'entité :

†Code d'identification de la banque ou identifiant de l'entité commerciale :

Numéro d'identification assigné à l'entité concernant ses activités de télévirement :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

†Adresse (rue) :

†Ville :

District :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

†Pays :

Code postal ou zip :

Lien entre la personne ou l'entité nommée ci-dessus et la personne ou l'entité qui amorce le télévirement

Lien :

Institution bénéficiaire	Mandataire créditeur	Mandataire précédent qui donne les instructions 1	Mandataire qui donne les instructions
Institution destinataire	Mandataire débiteur	Mandataire précédent qui donne les instructions 2	Mandataire qui reçoit les instructions
Institution expéditrice	Mandataire intermédiaire 1	Mandataire précédent qui donne les instructions 3	Autre
Institution intermédiaire	Mandataire intermédiaire 2		
Institution qui a demandé d'effectuer l'opération	Mandataire intermédiaire 3		

¹Si « Autre », veuillez préciser :

Lien entre la personne ou l'entité nommée ci-dessus et la personne ou l'entité qui reçoit le télévirement à titre de destinataire

Lien :

Institution bénéficiaire	Mandataire créditeur	Mandataire précédent qui donne les instructions 1	Mandataire qui donne les instructions
Institution destinataire	Mandataire débiteur	Mandataire précédent qui donne les instructions 2	Mandataire qui reçoit les instructions
Institution expéditrice	Mandataire intermédiaire 1	Mandataire précédent qui donne les instructions 3	Autre
Institution intermédiaire	Mandataire intermédiaire 2		
Institution qui a demandé d'effectuer l'opération	Mandataire intermédiaire 3		

¹Si « Autre », veuillez préciser :

Renseignements sur la personne qui reçoit le télévirement à titre de destinataire

[†]Nom de famille :

[†]Prénom :

Autre nom/Initiale :

[†]Code d'identification de la banque ou identifiant de l'entité commerciale :

Numéro d'identification assigné à la personne concernant ses activités de télévirement :

Numéro d'emplacement de l'entité déclarante :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

[†]Adresse (rue) :

[†]Ville :

District :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

[†]Pays :

Code postal ou zip :

Renseignements sur l'entité qui reçoit le télévirement à titre de destinataire

[†]Nom de l'entité :

[†]Code d'identification de la banque ou identifiant de l'entité commerciale :

Numéro d'identification assigné à l'entité concernant ses activités de télévirement :

Numéro d'emplacement de l'entité déclarante :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

[†]Adresse (rue) :

[†]Ville :

District :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

[†]Pays :

Code postal ou zip :

Informations sur la répartition des fonds

Détails de la répartition :

Achat de mandat-poste	Achat ou paiement de services	Échange en monnaie fiduciaire	Transfert de monnaie virtuelle sortant
Achat de métaux précieux	Achat/dépôt de biens immobiliers	Échange en monnaie virtuelle	Virement de fonds à l'étranger sortant
Achat de produit de casino	Achat/dépôt de police d'assurance-vie	Émission d'un chèque	Virement de fonds au pays sortant
Achat de produit ou de carte de paiement prépayé	Achat/dépôt de produit d'investissement	Encaissement	Virement de fonds par courriel sortant
Achat de traite bancaire	Ajouté au portefeuille de monnaie virtuelle	Fonds retenus	Virement de fonds par services mobiles sortant
Achat ou paiement de biens	Dépôt dans le compte	Paiement au compte	Autre
	Échange de coupures	Retrait en espèces (basé sur un compte)	

*Si « Autre », veuillez préciser :

Montant :

Devise :

Type de monnaie virtuelle :

Taux de change :

Valeur en dollars canadiens :

*Est-ce qu'une autre personne ou entité est impliquée dans la répartition?

Oui

Non

Renseignements sur la personne impliquée dans la répartition (le cas échéant)

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Numéro de compte :

Numéro de police :

Numéro d'identification :

Renseignements sur l'entité impliquée dans la répartition (le cas échéant)

Nom de l'entité :

Numéro de compte :

Numéro de police :

Numéro d'identification :

Renseignements au sujet de la personne bénéficiaire (le cas échéant)

*Nom de famille :

*Prénom :

Autre nom/Initiale :

Alias :

Numéro de client :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

Adresse (rue) :

Ville :

District :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

Pays :

Code postal ou zip :

Numéro de téléphone :

Poste :

Adresse électronique :

Nom d'utilisateur :

Date de naissance :

ANNÉE MOIS JOUR

Pays de résidence :

Métier ou profession :

Nom de l'employeur :

Identification de la personne

Type de document d'identification :

<p>Carte d'assurance sociale Carte d'assurance-maladie provinciale Carte d'identité provinciale ou territoriale Carte de citoyenneté Carte de résident permanent</p>	<p>Certificat de naissance Certificat de statut indien Document d'identité délivré par le gouvernement Documents d'assurance</p>	<p>Dossier de crédit Fiche d'établissement Passeport Permis de conduire Relevé d'emploi</p>	<p>Relevé de compte d'un service public Visa de voyage Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)</p>
---	---	--	--

¹Si « Autre », veuillez préciser :

Numéro associé au type de document ou de renseignements d'identification (ne pas fournir un numéro d'assurance sociale) :

Autorité de délivrance (pays) :

Autorité de délivrance (province ou État) :

Type de document d'identification 2 : Remplir cette section uniquement si la méthode à processus double a été utilisé pour vérifier l'identité de la personne

<p>Carte d'assurance sociale Carte d'assurance-maladie provinciale Carte d'identité provinciale ou territoriale Carte de citoyenneté Carte de résident permanent</p>	<p>Certificat de naissance Certificat de statut indien Document d'identité délivré par le gouvernement Documents d'assurance</p>	<p>Dossier de crédit Fiche d'établissement Passeport Permis de conduire Relevé d'emploi</p>	<p>Relevé de compte d'un service public Visa de voyage Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)</p>
---	---	--	--

¹Si « Autre », veuillez préciser :

Numéro associé au type de document ou de renseignements d'identification (ne pas fournir un numéro d'assurance sociale) :

Autorité de délivrance (pays) :

Autorité de délivrance (province ou État) :

Information sur le compte ou référence lié au télévirement

*Numéro de référence :

Autre numéro lié au numéro de référence :

Numéro d'institution financière :

Numéro de succursale :

*Numéro de compte :

Type de compte :

Casino

Entreprise

Fiducie

Personnel

Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

*Si « Autre », veuillez préciser :

Devise du compte :

Date d'ouverture du compte :

ANNÉE MOIS JOUR

Personne titulaire du compte

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Entité titulaire du compte (le cas échéant)

Nom de l'entité:

Renseignements au sujet de l'entité bénéficiaire (le cas échéant)

¹Nom de l'entité :

Numéro de client :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

Adresse (rue) :

Ville :

District :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

Pays :

Code postal ou zip :

Numéro de téléphone :

Poste :

Adresse électronique :

Nom d'utilisateur :

Nature des activités principales de l'entité :

²Avez-vous des informations sur la constitution ou l'enregistrement?

Oui

Non

Constituée ou enregistrée?

Constituée

Enregistrée

Constituée et enregistrée

Inconnu

Renseignements sur la constitution de l'entité

Numéro de constitution :

Autorité de délivrance (pays) de la constitution :

Autorité de délivrance de la constitution (province ou État) :

Renseignements sur l'enregistrement de l'entité

Numéro d'enregistrement :

Autorité de délivrance (pays) d'enregistrement :

Autorité de délivrance (province ou État) d'enregistrement :

Renseignements d'identification de l'entité

Type d'identifiant :

**Acte d'association
Certificat attestant l'existence
de la personne morale**

**Certificat de constitution
Entente de partenariat**

**Lettre ou avis de cotisation
Rapport annuel**

Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

*Si « Autre », veuillez préciser :

Numéro associé au type de document ou de renseignements d'identification (ne pas fournir un numéro d'assurance sociale) :

Autorité de délivrance (pays) :

Autorité de délivrance (province ou État) :

Personne(s) ayant le pouvoir de lier l'entité ou d'agir à l'égard du compte (jusqu'à 3)

Personne 1

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 2 (le cas échéant)

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 3 (le cas échéant)

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Information sur le compte ou référence lié au télévirement

*Numéro de référence :

Autre numéro lié au numéro de référence :

Numéro d'institution financière :

Numéro de succursale :

*Numéro de compte :

Type de compte :

Casino

Entreprise

Fiducie

Personnel

Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

*Si « Autre », veuillez préciser :

Devise du compte :

Date d'ouverture du compte :

ANNÉE MOIS JOUR

Personne titulaire du compte

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Titulaire du compte (entité)

Nom de l'entité :

Y a-t-il un tiers bénéficiaire pour le paiement du télévirement?

Oui

Non

Renseignements au sujet de la personne pour le compte de qui le bénéficiaire reçoit les fonds

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

Adresse (rue) :

Ville :

District :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

Pays :

Code postal ou zip :

Date de naissance :

ANNÉE

MOIS

JOUR

Métier ou profession :

Identification de la personne pour le compte de qui le bénéficiaire reçoit les fonds

Type de document d'identification :

Carte d'assurance sociale	Certificat de naissance	Dossier de crédit	Relevé de compte d'un service public
Carte d'assurance-maladie provinciale	Certificat de statut indien	Fiche d'établissement	Visa de voyage
Carte d'identité provinciale ou territoriale	Document d'identité délivré par le gouvernement	Passeport	Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
Carte de citoyenneté	Documents d'assurance	Permis de conduire	
Carte de résident permanent		Relevé d'emploi	

*Si « Autre », veuillez préciser :

Numéro associé au type de document ou de renseignements d'identification (ne pas fournir un numéro d'assurance sociale) :

Type de document d'identification 2 : Remplir cette section uniquement si la méthode à processus double a été utilisé pour vérifier l'identité de la personne

Carte d'assurance sociale	Certificat de naissance	Dossier de crédit	Relevé de compte d'un service public
Carte d'assurance-maladie provinciale	Certificat de statut indien	Fiche d'établissement	Visa de voyage
Carte d'identité provinciale ou territoriale	Document d'identité délivré par le gouvernement	Passeport	Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
Carte de citoyenneté	Documents d'assurance	Permis de conduire	
Carte de résident permanent		Relevé d'emploi	

*Si « Autre », veuillez préciser :

Numéro associé au type de document ou de renseignements d'identification (ne pas fournir un numéro d'assurance sociale) :

Renseignements au sujet de l'entité pour le compte de qui le bénéficiaire reçoit les fonds

Nom de l'entité :

Numéro de logement ou d'immeuble :

Numéro d'app./Pièce/Suite/Unité :

Adresse (rue) :

Ville :

District :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

Pays :

Code postal ou zip :

Nature des activités principales de l'entité :

‡Avez-vous des informations sur la constitution ou l'enregistrement?

Oui (Remplir les renseignements ci-dessous sur l'enregistrement et/ou la constitution en société)**Non** (Passez à la section des renseignements d'identification de l'entité)

Constituée ou enregistrée?

Constituée**Enregistrée****Constituée et enregistrée****Renseignements sur la constitution de l'entité**

Numéro de constitution :

Autorité de délivrance (pays) de constitution :

Autorité de délivrance (province ou État) de constitution :

Renseignements sur l'enregistrement de l'entité

Numéro d'enregistrement :

Autorité de délivrance (pays) d'enregistrement :

Autorité de délivrance (province ou État) d'enregistrement (nom) :

Renseignements d'identification de l'entité

Type de document d'identification :

Acte d'association
Certificat attestant l'existence
de la personne morale

Certificat de constitution
Entente de partenariat

Lettre ou avis de cotisation
Rapport annuel

Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

¹Si « Autre », veuillez préciser :

Numéro associé au type de document ou de renseignements d'identification (ne pas fournir un numéro d'assurance sociale) :

Lien entre le tiers nommé ci-dessus et le bénéficiaire

Lien :

Ami
Client
Comptable
Conseiller juridique

Courtier
Employé
Employeur
Emprunteur

Fournisseur
Mandataire
Membre de la famille
Procuration

Propriétaire conjoint/secondaire
Signataire autorisé
Autre

¹Si « Autre », veuillez préciser :

Légende

^{*} Indique qu'il s'agit d'un champ obligatoire.

[†] Indique qu'il s'agit d'un champ obligatoire, le cas échéant.

[‡] Indique qu'il s'agit d'un élément obligatoire pour le traitement du champ.

¹ Les nombres entre parenthèses représentent les limites de caractères.