

Veillez copier cette page pour chaque personne supplémentaire

Action d'achèvement de pour l'opération de

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 :

Ville :

District :

Province ou État :

Sous-province ou sous-localité :

Pays :

Code postal ou zip :

Numéro de téléphone (avec indicatif régional) :

Numéro du poste téléphonique :

Adresse électronique :

Date de naissance :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ANNÉE	MOIS	JOUR

Pays de résidence :

Profession :

Nom de l'employeur :

Renseignements d'identification de la personne

Type de document d'identification 1 :

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carte d'assurance-maladie provinciale | <input type="checkbox"/> Certificat de naissance | <input type="checkbox"/> Dossier de crédit | <input type="checkbox"/> Relevé de compte de services publics |
| <input type="checkbox"/> Carte d'assurance sociale | <input type="checkbox"/> Certificat de statut d'Indien | <input type="checkbox"/> Fiche d'établissement | <input type="checkbox"/> Visa de visiteur |
| <input type="checkbox"/> Carte d'identité provinciale ou territoriale | <input type="checkbox"/> Documents d'assurance | <input type="checkbox"/> Passeport | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous) |
| <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté | <input type="checkbox"/> Document d'identité délivré par le gouvernement | <input type="checkbox"/> Permis de conduire | |
| <input type="checkbox"/> Carte de résident permanent | | <input type="checkbox"/> 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 :

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carte d'assurance-maladie provinciale | <input type="checkbox"/> Certificat de naissance | <input type="checkbox"/> Dossier de crédit | <input type="checkbox"/> Relevé de compte de services publics |
| <input type="checkbox"/> Carte d'assurance sociale | <input type="checkbox"/> Certificat de statut d'Indien | <input type="checkbox"/> Fiche d'établissement | <input type="checkbox"/> Visa de visiteur |
| <input type="checkbox"/> Carte d'identité provinciale ou territoriale | <input type="checkbox"/> Documents d'assurance | <input type="checkbox"/> Passeport | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous) |
| <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté | <input type="checkbox"/> Document d'identité délivré par le gouvernement | <input type="checkbox"/> Permis de conduire | |
| <input type="checkbox"/> Carte de résident permanent | | <input type="checkbox"/> 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 de la personne nommée ci-dessus avec la personne ou l'entité qui effectue l'opération

Lien :

- | | | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ami | <input type="checkbox"/> Courtier | <input type="checkbox"/> Vendeur/fournisseur | <input type="checkbox"/> Procuration |
| <input type="checkbox"/> Client | <input type="checkbox"/> Employé | <input type="checkbox"/> Mandataire | <input type="checkbox"/> Propriétaire conjoint/secondaire |
| <input type="checkbox"/> Comptable | <input type="checkbox"/> Employeur | <input type="checkbox"/> Membre de la famille | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous) |
| <input type="checkbox"/> Conseiller juridique | <input type="checkbox"/> Emprunteur | <input type="checkbox"/> Soi-même | |

Si « autre », veuillez préciser :