

**Veillez copier cette page pour chaque personne supplémentaire**

Action d'amorce  de  pour l'opération  de

\*Est-ce que l'opération a été effectuée pour le compte d'une autre personne ou entité?

**Oui** (Remplir les renseignements ci-dessous au sujet de la personne ou entité pour le compte de qui l'opération a été effectuée)

**Non** (Passez à la page de l'action d'achèvement)

### Renseignements au sujet de la 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 :

\*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 d'un service public               |
| <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 d'un service public               |
| <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"/> Propriétaire conjoint/secondaire                   |
| <input type="checkbox"/> Client               | <input type="checkbox"/> Employé    | <input type="checkbox"/> Mandataire           | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous) |
| <input type="checkbox"/> Comptable            | <input type="checkbox"/> Employeur  | <input type="checkbox"/> Membre de la famille |   |
| <input type="checkbox"/> Conseiller juridique | <input type="checkbox"/> Emprunteur | <input type="checkbox"/> Procuration          |   |

Si « autre », veuillez préciser :