

### Information du contrat

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_ Propriétaire : \_\_\_\_\_

### Identification du payeur

Nom : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date de naissance Lien avec l'assuré

### Vérification de l'identité du payeur

Cette section doit être complétée par le conseiller en sécurité financière/représentant. Dans le cas où celui-ci n'est pas présent, ne pas remplir cette section.

Le conseiller en sécurité financière/représentant doit :

- vérifier l'identité du payeur ;
- examiner le document applicable pour cette personne (le document doit être une pièce d'identité avec photo délivrée par un gouvernement). Au Québec, il est interdit de demander la carte d'assurance maladie au client, mais vous pouvez l'accepter si celui-ci vous l'offre. Dans les provinces de l'Ontario, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse ou de l'Île-du-Prince-Édouard, l'utilisation d'une carte d'assurance maladie est interdite à des fins d'identification ;
- indiquer, pour chaque payeur, le type de document, le numéro qu'il porte, sa date d'expiration et le territoire de compétence où il a été émis. Le document d'identité ne doit pas être périmé. Si le choix «Autre document avec photo admissible selon la Loi» a été coché, veuillez préciser le type de document qui a été vérifié.

Permis de conduire  Passeport  Carte de citoyenneté avec photo

Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) : \_\_\_\_\_

Nom du payeur apparaissant sur le document : \_\_\_\_\_

Numéro du document \_\_\_\_\_ Territoire de compétence \_\_\_\_\_ Date d'expiration du document

### Paiement

Nom de l'institution financière : \_\_\_\_\_ Numéro de compte bancaire (provenance des fonds) : \_\_\_\_\_

Nom du titulaire du compte : \_\_\_\_\_

Montant du paiement : \_\_\_\_\_ Date du paiement

Raison du paiement par mandat ou traite : \_\_\_\_\_

### Signature(s) et autorisations du (des) payeur(s)

J'autorise (nous autorisons) l'institution financière canadienne susmentionnée à fournir à la compagnie d'assurance Beneva inc. une confirmation écrite indiquant que les fonds utilisés pour établir la traite bancaire / mandat bancaire ou mandat poste ont été retirés de mon (notre) compte personnel / d'entreprise, et je confirme (nous confirmons) qu'aucun tiers n'est intervenu dans la transaction.

J'autorise (nous autorisons) Beneva inc., lorsque la Loi l'exige, à vérifier mon (notre) identité à l'aide d'un produit d'identification indépendant et fiable et/ou de toute autre méthode prévue par la Loi.

**X** \_\_\_\_\_          
Signature du payeur Date

**X** \_\_\_\_\_          
Signature du payeur Date

### Déclaration du conseiller en sécurité financière/représentant

En signant ci-dessous, vous attestez que vous avez vu les documents originaux produits par les payeurs aux fins de vérification de leur identité et que ces documents étaient valides et non périmés.

Nom et prénom du conseiller en sécurité financière/représentant \_\_\_\_\_ Numéro du conseiller en sécurité financière/représentant \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_          
Signature du conseiller en sécurité financière/représentant Date

L'acceptation de cette traite ou ce mandat est soumise pour approbation à Beneva inc.