



Déclaration d'opérations importantes en espèces (DOIE)

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

Veuillez utiliser ce formulaire si vous êtes une entité déclarante (ED) et que vous devez soumettre une DOIE à CANAFE. Toutes les ED qui reçoivent une somme en espèces de 10 000 \$ (CAD) ou plus dans le cadre d'une seule opération doivent soumettre une DOIE à CANAFE. Vous devez aussi soumettre une DOIE à CANAFE conformément à la règle de 24 heures lorsque vous recevez deux ou plusieurs montants en espèces totalisant 10 000 \$ ou plus au cours d'une période de 24 heures consécutives, et que vous savez, selon le cas, que ces opérations :

- ont été effectuées par la même personne ou entité;
- ont été effectuées pour le compte de la même personne ou entité;
- sont destinées au même bénéficiaire.

Pour en savoir plus sur la déclaration des opérations conformément à la règle de 24 heures, veuillez consulter la directive de CANAFE sur la règle de 24 heures.

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

Pour toute question, veuillez consulter les directives destinées à votre secteur sur le [site Web de CANAFE](#) ou composez le numéro du Service de renseignements de CANAFE, soit le 1-866-346-8722. De plus, pour vous assurer de fournir des renseignements complets et exacts lorsque vous remplissez cette déclaration sur support papier, veuillez consulter les règles de validation des DOIE sur le [site Web de CANAFE](#).

Faites parvenir votre déclaration dûment remplie par la poste à : CANAFE, Section A, 234, avenue Laurier Ouest, 24e 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** la section de renseignements généraux peu importe si les renseignements ont changé ou non.
- Remplissez **UNIQUEMENT** les nouveaux renseignements dans les champs correspondants dans les autres sections de la déclaration.
- Si vous désirez supprimer des renseignements d'un champ, indiquez « SUPPRIMER » ou tracez une ligne dans ce champ.

DATE ET HEURE

ANNÉE MOIS JOUR

DE LA DÉCLARATION

HEURE MINUTES SECONDES

Tous les champs du formulaire de déclaration 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 mesures 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 :

*Dénomination sociale au complet 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	Société d'assurance-vie
Caisse d'épargne et de crédit	Coopérative de crédit	Mandataire de Sa Majesté	Société de fiducie et/ou de prêt
Caisse d'épargne provinciale	Coopérative de services financiers	Négociant en métaux précieux et pierres précieuses	
Caisse populaire	Courtier en valeurs mobilières	Notaire de la Colombie-Britannique	
Casino	Courtier ou représentant d'assurance-vie	Secteur de l'immobilier	
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 (avec indicatif régional) :

Numéro du poste téléphonique :

Adresse électronique :

Renseignements sur la déclaration

*Type de regroupement sous la règle de 24 heures :

Bénéficiaire	Personne ou entité effectuant l'opération	Pour le compte de	Sans objet
--------------	---	-------------------	------------

*Début de la période de 24 heures :

Date	<input type="text" value="20"/>				
	ANNÉE	MOIS	JOUR		
Heure				Décalage UTC +	
	HEURE	MINUTES	SECONDES	-	HEURE MINUTES

*Fin de la période de 24 heures :

Date	<input type="text" value="20"/>				
	ANNÉE	MOIS	JOUR		
Heure				Décalage UTC +	
	HEURE	MINUTES	SECONDES	-	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

*Date et l'heure de l'opération :

Date	<input type="text" value="20"/>							
	ANNÉE	MOIS	JOUR					
Heure				Décalage UTC +				
	HEURE	MINUTES	SECONDES	-	HEURE	MINUTES		

*Date et l'heure de l'inscription (si elle diffère de la date de l'opération) :

Date	<input type="text" value="20"/>							
	ANNÉE	MOIS	JOUR					
Heure				Décalage UTC +				
	HEURE	MINUTES	SECONDES	-	HEURE	MINUTES		

*Comment l'opération a-t-elle été effectuée?

Dépôt de nuit	Guichet automatique bancaire	Message	Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
Dépôt express	Guichet automatique de monnaie virtuelle	Poste	
En personne	Guichet de rachat automatique	Véhicule blindé	

Si « autre », veuillez préciser :

*Indicateur de seuil – Est-ce que le montant en espèces était équivalent ou supérieur à 10 000 CAD, ou inférieur au seuil de 10 000 CAD?

<input type="radio"/> Supérieur au seuil	<input type="radio"/> Inférieur au seuil
--	--

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

Objet de l'opération :

Renseignements sur l'emplacement où les espèces ont été reçues

*Numéro d'emplacement de l'entité déclarante :

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 :

Veuillez copier cette page pour chaque action d'amorce supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

Action d'amorce

Veuillez fournir des renseignements sur comment l'opération a été amorcée y compris la devise et le montant des espèces, l'origine du montant en espèces, la personne ou l'entité ayant effectuée l'opération et tout tiers visé par l'opération (le cas échéant).

*Montant :

*Devise – Veuillez indiquer l'abréviation de la devise (p. ex. CAD s'il s'agit de dollars canadiens) :

Comment les espèces ont-elles été obtenues?

Veillez copier cette page pour chaque origine des espèces supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

*Est-ce que des renseignements au sujet de l'origine des espèces ont été obtenus?

Oui (Remplir les renseignements sur l'origine des espèces)

Non (Passez à la prochaine page)

Origine des espèces - Personne

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Numéro de compte :

Numéro de police :

Numéro d'identification – Remplir ce champ uniquement s'il n'y a pas de numéro de compte ou de numéro de police :

Origine des espèces - Entité

Nom de l'entité :

Numéro de compte :

Numéro de police :

Numéro d'identification – Remplir ce champ uniquement s'il n'y a pas de numéro de compte ou de numéro de police :

Veillez copier cette page pour chaque personne supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

*Est-ce que cette action comprend un dépôt porté au crédit d'un compte d'entreprise?

Oui (Passez à la page de renseignements au sujet de la personne ou de l'entité qui effectue l'opération dans un compte d'entreprise)

Non (Remplir les renseignements ci-dessous au sujet de la personne ou de l'entité qui effectue l'opération)

Renseignements au sujet de la personne qui effectue l'opération (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 :

ANNÉE MOIS JOUR

Pays de résidence :

*Profession :

Nom de l'employeur :

Renseignements d'identification de la personne

*Type de document d'identification 1 :

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

Veillez copier cette page pour chaque entité supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

Renseignements au sujet de l'entité qui effectue l'opération (le cas échéant)

*Nom de l'entité :

*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 :

*Nature des activités principales de l'entité :

*Avez-vous des renseignements sur l'enregistrement ou la constitution en société?

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)

Est-ce que l'entité est enregistré ou constituée en société?

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 en société

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 :

*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 :

Veillez copier cette page pour chaque personne ou entité supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

Renseignements au sujet de la personne qui effectue l'opération dans un compte d'entreprise (le cas échéant)

*Nom de famille :

*Prénom :

Autre nom/Initiale :

Renseignements au sujet de l'entité qui effectue l'opération dans un compte d'entreprise (le cas échéant)

*Nom de l'entité :

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 :

ANNÉE MOIS JOUR

Pays de résidence :

*Profession :

Nom de l'employeur :

Renseignements d'identification de la personne

Type de document d'identification 1 :

Carte d'assurance-maladie provinciale	Certificat de naissance	Dossier de crédit	Relevé de compte d'un service public
Carte d'assurance sociale	Certificat de statut d'Indien	Fiche d'établissement	Visa de visiteur
Carte d'identité provinciale ou territoriale	Documents d'assurance	Passeport	Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
Carte de citoyenneté	Document d'identité délivré par le gouvernement	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-maladie provinciale	Certificat de naissance	Dossier de crédit	Relevé de compte d'un service public
Carte d'assurance sociale	Certificat de statut d'Indien	Fiche d'établissement	Visa de visiteur
Carte d'identité provinciale ou territoriale	Documents d'assurance	Passeport	Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
Carte de citoyenneté	Document d'identité délivré par le gouvernement	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 de la personne nommée ci-dessus avec la personne ou l'entité qui effectue l'opération

*Lien :

Ami	Courtier	Vendeur/fournisseur	Propriétaire conjoint/secondaire
Client	Employé	Mandataire	Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
Comptable	Employeur	Membre de la famille	
Conseiller juridique	Emprunteur	Procuration	

Si « autre », veuillez préciser :

Veillez copier cette page pour chaque entité supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

Renseignements au sujet de 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 :

*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 :

*Nature des activités principales de l'entité :

*Avez-vous des renseignements sur l'enregistrement ou la constitution en société?

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)

Est-ce que l'entité est enregistrée ou constituée en société?

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 en société
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 :

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 de l'entité nommée ci-dessus avec la personne ou l'entité qui effectue l'opération

*Lien :

Ami
Client
Comptable
Conseiller juridique

Courtier
Employé
Employeur
Emprunteur

Vendeur/fournisseur
Mandataire
Membre de la famille
Procuration

Propriétaire conjoint/secondaire
Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

Si « autre », veuillez préciser :

Veillez copier cette page pour chaque action d'achèvement supplémentaire

Action d'achèvement de pour l'opération de

Action d'achèvement

Veillez fournir des renseignements sur comment l'opération a été achevée y compris les détails de la répartition, le montant, les renseignements sur toute autre personne ou entité ayant participé à l'action d'achèvement et sur toute personne ou entité qui est bénéficiaire de l'opération.

*Détails de la répartition :

Achat de bijoux	Achat de traite bancaire	Dépôt dans un compte	Transfert de monnaie virtuelle
Achat de mandat-poste	Achat ou paiement de biens	Échange de coupures	Virement de fonds à l'étranger
Achat de métaux précieux	Achat ou paiement de services	Échange en monnaie fiduciaire	Virement de fonds au pays
Achat de pierres précieuses	Achat/dépôt de biens immobiliers	Échange en monnaie virtuelle	Virement de fonds par courriel
Achat de produit de casino	Achat/dépôt de police d'assurance-vie	Émission d'un chèque	Virement de fonds par mobiles
Achat de produit ou de carte de paiement prépayé	Achat/dépôt de produit d'investissement	Fonds retenus	Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
	Ajouté au portefeuille de monnaie virtuelle	Paiement au compte	

Si « autre », veuillez préciser :

*Montant – Si la répartition était sous forme de fonds :

*Devise – Si la répartition était sous forme de fonds, veuillez indiquer l'abréviation de la devise (p. ex. CAD s'il s'agit de dollars canadiens) :

*Montant – Si la répartition était en monnaie virtuelle :

*Type de monnaie virtuelle – Veuillez indiquer le nom au complet et l'abréviation de la monnaie virtuelle (p.ex., Bitcoin/BTC) :

Nom complet

Abréviation

Taux de change :

*Valeur en dollars canadiens – Si la répartition n'était pas sous forme de fonds :

*Numéro de référence – Ce champ est pour les secteurs dont les opérations ne sont pas liées à des comptes et doit uniquement être rempli s'il y a lieu :

Autre numéro lié au numéro de référence (le cas échéant) :

Renseignements sur le compte (le cas échéant)

*Numéro d'institution financière :

*Numéro de succursale :

*Numéro de compte :

*Type de compte :

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

Si « autre », veuillez préciser :

*Devise du compte – Veuillez indiquer l'abréviation de la devise (p. ex. CAD s'il s'agit de dollars canadiens) :

Date d'ouverture du compte :

ANNÉE MOIS JOUR

Veillez copier cette page pour chaque titulaire de compte supplémentaire

Action d'achèvement de pour l'opération de

Titulaire(s) de compte

Personne 1

*Nom de famille :

*Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 2 (le cas échéant)

*Nom de famille :

*Prénom :

Autre nom/Initiale :

Entité 1

*Nom de l'entité :

Entité 2 (le cas échéant)

*Nom de l'entité :

Veillez copier cette page pour chaque personne ou entité supplémentaire ayant participé à l'action d'achèvement



Action d'achèvement de pour l'opération de

*Est-ce qu'une autre personne ou entité a participé à l'action d'achèvement? – Autre que la personne ou l'entité ayant effectué l'opération, pour le compte de qui l'opération a été effectuée ou bénéficiaire.

Oui (Remplir les renseignements au sujet de la personne ou de l'entité ayant participé à l'action d'achèvement)

Non (Passez à la page des renseignements au sujet de la personne ou de l'entité bénéficiaire.
Il doit y avoir au moins un bénéficiaire par opération)

Renseignements au sujet de la personne ayant participé à l'action d'achèvement (le cas échéant)

*Nom de famille :

*Prénom :

Autre nom/Initiale :

*Numéro de compte :

*Numéro de police :

*Numéro d'identification – Remplir ce champ uniquement s'il n'y a pas de numéro de compte ou de numéro de police :

Renseignements au sujet de l'entité ayant participé à l'action d'achèvement (le cas échéant)

*Nom de l'entité :

*Numéro de compte :

*Numéro de police :

*Numéro d'identification – Remplir ce champ uniquement s'il n'y a pas de numéro de compte ou de numéro de police :

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 :

ANNÉE MOIS JOUR

Pays de résidence :

Profession :

Nom de l'employeur :

Renseignements d'identification de la personne

Type de document d'identification 1 :

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

Lien :

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

Si « autre », veuillez préciser :

Veillez copier cette page pour chaque entité supplémentaire

Action d'achèvement de pour l'opération de

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

*Nom de l'entité :

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 :

Nature des activités principales de l'entité :

*Avez-vous des renseignements sur l'enregistrement ou la constitution en société?

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)

Est-ce que l'entité est enregistré ou constituée en société?

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 en société 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 :

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 de l'entité nommée ci-dessus avec la personne ou l'entité qui effectue l'opération

Lien :

Ami Client Comptable Conseiller juridique	Courtier Employé Employeur Emprunteur	Vendeur/fournisseur Mandataire Membre de la famille Soi-même	Procurator Propriétaire conjoint/secondaire Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)
--	--	---	---

Si « autre », veuillez préciser :

Les renseignements apparaissant sur ce formulaire sont recueillis au titre de la Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes (la Loi), qui établit les pouvoirs de CANAFE en matière de réception, de collecte, d'utilisation, de communication et d'élimination des renseignements personnels en sa possession. Les renseignements sont utilisés aux fins d'analyse et peuvent l'être aussi aux fins de surveillance de la conformité avec la Loi. Quant à eux, les renseignements personnels sont également protégés par la Loi sur la protection des renseignements personnels. Les déclarations recueillies par CANAFE en application de l'alinéa 54(1)a) de la Loi et les renseignements recueillis en application des alinéas 54(1)a) ou b) doivent être conservés pendant au moins dix ans à compter de la date à laquelle la déclaration a été reçue ou que les renseignements ont été reçus ou recueillis. Quinze ans après la date à laquelle la déclaration a été reçue, les renseignements qui permettent d'identifier une personne apparaissant sur la déclaration doivent être détruits si ces derniers n'ont pas été communiqués en vertu des paragraphes 55(3), 55.1(1) ou 56.1(1) ou (2) de la Loi. Les renseignements sont conservés dans le fichier de renseignements personnels propres à CANAFE intitulé « Analyse financière et communications de cas » (PPU 020). Pour obtenir de plus amples détails, consultez le site [Web de CANAFE](#).