



Déclaration d'opérations douteuses (DOD)

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 DOD 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 DOD à CANAFE. Toutes les ED doivent soumettre une DOD à CANAFE lorsqu'une opération financière a lieu, ou qui est tentée, dans le cadre de ses activités et qu'il existe des motifs raisonnables de soupçonner que l'opération financière est liée à la perpétration, ou une tentative de perpétration, d'une infraction de blanchiment d'argent ou d'une infraction de financement des activités terroristes.

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 DOD 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 Heure
ANNÉE MOIS JOUR HEURE MINUTES SECONDES

- REPLISSEZ la section de renseignements généraux peu importe si les renseignements ont changé ou non.
- Remplissez UNIQUEMENT les nouveaux renseignements dans les champs correspondants des 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 :

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

Directive ministérielle – Vous devez tenir compte de toutes les exigences émises en vertu d'une directive ministérielle ainsi que les exigences de déclaration d'opérations douteuses. Pour en savoir plus, veuillez consulter les directives de CANAFE sur les directives ministérielle 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 ou la tentative d'opération

*L'opération a-t-elle été tentée?

Oui (veuillez fournir la raison ci-dessous) **Non**

*Raison pour laquelle l'opération n'a pas été effectuée :

*Date et l'heure de l'opération :

Date
ANNÉE MOIS JOUR

Heure Décalage UTC +
HEURES MINUTES SECONDES - HEURE MINUTES

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

Date
ANNÉE MOIS JOUR

Heure Décalage UTC +
HEURES MINUTES SECONDES - HEURES MINUTES

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

<input type="checkbox"/> Dépôt de nuit	<input type="checkbox"/> En personne	<input type="checkbox"/> Guichet de rachat automatique	<input type="checkbox"/> Téléphone
<input type="checkbox"/> Dépôt express	<input type="checkbox"/> Guichet automatique bancaire	<input type="checkbox"/> Message	<input type="checkbox"/> Véhicule blindé
<input type="checkbox"/> En ligne	<input type="checkbox"/> Guichet automatique de monnaie virtuelle	<input type="checkbox"/> Poste	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

Si « autre », veuillez préciser :

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

Objet de l'opération :

Renseignements sur l'emplacement où l'opération a été effectuée ou tentée

*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 ou la tentative d'opération a été amorcée y compris le montant et le type de fonds, d'actifs ou de monnaie virtuelle de l'action d'amorce, l'origine des fonds ou de la monnaie virtuelle, la personne ou l'entité ayant effectuée ou tenté d'effectuer l'opération et tout tiers visé par l'opération.

*Orientation de l'action d'amorce – (veuillez consulter la directive sur les DOD sur le [site Web de CANAFE](#) pour obtenir plus d'informations sur la détermination de l'orientation de l'action d'amorce) :

Entrée

Sortie

*Type de fonds, d'actifs ou de monnaie virtuelle (entrée):

*Type de fonds, d'actifs ou de monnaie virtuelle (sortie):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bijoux | <input type="checkbox"/> Produit de casino |
| <input type="checkbox"/> Chèque | <input type="checkbox"/> Traite bancaire |
| <input type="checkbox"/> En espèces | <input type="checkbox"/> Transfert d'argent mobile |
| <input type="checkbox"/> Mandat | <input type="checkbox"/> Transfert de fonds domestique |
| <input type="checkbox"/> Métaux précieux | <input type="checkbox"/> Transfert de fonds international |
| <input type="checkbox"/> Monnaie virtuelle | <input type="checkbox"/> Transfert de fonds par courriel |
| <input type="checkbox"/> Pierres précieuses | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous) |
| <input type="checkbox"/> Produit d'investissement | |

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Monnaie virtuelle |
| <input type="checkbox"/> Produit d'investissement |
| <input type="checkbox"/> Produit de casino |
| <input type="checkbox"/> Retrait de fonds |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous) |

Si « autre », veuillez préciser :

*Montant :

Si l'action d'amorce est sous forme de fonds, remplissez les renseignements ci-dessous.

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

*Taux de change :

Si l'action d'amorce est en monnaie virtuelle, remplissez les renseignements ci-dessous :

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

*Taux de change :

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom complet		Abréviation	

*Indicateur d'opération en monnaie virtuelle 1 :

*Indicateur d'opération en monnaie virtuelle 2 (le cas échéant) :

Remarque : S'il y a plus de deux indicateurs d'opération en monnaie virtuelle, veuillez utiliser la page intitulée Autres indicateurs d'opération en monnaie virtuelle.

*Adresse d'envoi de la monnaie virtuelle 1 :

*Adresse d'envoi de la monnaie virtuelle 2 (le cas échéant) :

Remarque : S'il y a plus de deux adresses d'envoi de la monnaie virtuelle, veuillez utiliser la page intitulée Autres adresses d'envoi de la monnaie virtuelle.

*Adresse de réception de la monnaie virtuelle 1 :

*Adresse de réception de la monnaie virtuelle 2 (le cas échéant) :

Remarque : S'il y a plus de deux adresses de réception de la monnaie virtuelle, veuillez utiliser la page intitulée Autres adresses de réception de la monnaie virtuelle.

Comment les fonds ou la monnaie virtuelle ont-ils été obtenus?

*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) :

*L'action d'amorce impliquait-elle un compte?

Oui (Remplir les renseignements sur le compte et les titulaires de compte)

Non (Passez à la page sur l'origine des fonds ou de la monnaie virtuelle)

Renseignements sur le compte (le cas échéant)

*Numéro de l'institution financière (le cas échéant) :

*Numéro de succursale (le cas échéant) :

*Numéro de compte :

*Type de compte :

Casino

Fiducie

Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

Entreprise

Personnel

Si « autre », veuillez préciser :

*Devise du compte – S'il s'agit d'un compte de fonds, veuillez indiquer l'abréviation de la devise (p.ex. CAD s'il s'agit de dollars canadiens) :

*Type de monnaie virtuelle du compte – S'il s'agit d'un compte en monnaie virtuelle, veuillez indiquer le nom au complet et l'abréviation de la monnaie virtuelle (p.ex. Bitcoin/BTC) :

/

Nom complet

Abréviation

*Date d'ouverture du compte :

ANNÉE

 MOIS

Date de fermeture du compte :

20

 ANNÉE

 MOIS

*État du compte au moment de l'opération :

Actif

Inactif

En veilleuse

Fermé

Veillez copier cette page pour chaque titulaire de compte supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

Titulaire(s) de compte

Personne 1

*Nom de famille :

Autre nom/Initiale :

*Prénom :

Personne 2 (le cas échéant)

*Nom de famille :

Autre nom/Initiale :

*Prénom :

Entité 1

*Nom de l'entité :

Entité 2 (le cas échéant)

*Nom de l'entité :

Veillez copier cette page pour chaque origine des fonds ou de la monnaie virtuelle supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

*Est-ce que des renseignements sur le sujet de l'origine des fonds ou de la monnaie virtuelle ont été obtenus?

Oui (Remplir les renseignements ci-dessous sur l'origine des fonds ou de la monnaie virtuelle)

Non (Passez à la prochaine page)

Origine des fonds ou de la monnaie virtuelle – 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 fonds ou de la monnaie virtuelle – 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

*Avez-vous obtenu des renseignements au sujet de la personne ou de l'entité qui effectue ou tente d'effectuer l'opération?

Oui (Remplir les renseignements au sujet de la personne ou l'entité qui effectue ou tente d'effectuer l'opération)

Non (Sélectionnez uniquement si la personne ou l'entité qui effectue ou tente d'effectuer l'opération n'est pas votre client, et que vous n'avez pas réussi à obtenir aucun renseignement sur cette personne ou entité, et ce même après avoir pris des mesures raisonnables. Si tel est le cas, passez à la page d'action d'achèvement.)

Renseignements au sujet de la personne qui effectue ou tente d'effectuer 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 :

URL :

Date de naissance :

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

Pays de résidence :

Pays de citoyenneté :

Profession :

Nom de l'employeur :

Renseignements sur l'adresse de l'employeur

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 :

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) :

Renseignements liés à une opération effectuée ou tenté d'être effectuée en ligne

Type d'appareil utilisé :

Ordinateur ou ordinateur portable **Tablette** **Téléphone mobile** **Autre** (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

Si « autre », veuillez préciser :

Nom d'utilisateur :

Adresse de protocole Internet :

Numéro d'identification de l'appareil :

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

20		
ANNÉE	MOIS	JOUR

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

			Décalage UTC +		
HEURES	MINUTES	SECONDES	-	HEURES	MINUTES

Veillez copier cette page pour chaque entité supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

Renseignements au sujet de l'entité qui effectue ou tente d'effectuer 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 :

URL :

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 :

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acte d'association | <input type="checkbox"/> Certificat de constitution en société | <input type="checkbox"/> Lettre ou avis de cotisation | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous) |
| <input type="checkbox"/> Certificat attestant l'existence de la personne morale | <input type="checkbox"/> Entente de partenariat | <input type="checkbox"/> Rapport annuel | |

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 :

Renseignements liés à une opération effectuée ou tenté d'être effectuée en ligne

Type d'appareil utilisé :

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ordinateur ou ordinateur portable | <input type="checkbox"/> Tablette | <input type="checkbox"/> Téléphone mobile | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous) |
|---|--|--|--|

Si « autre », veuillez préciser :

Nom d'utilisateur :

Adresse de protocole Internet :

Numéro d'identification de l'appareil :

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

20		
ANNÉE	MOIS	JOUR

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

			Décalage UTC +		
HEURES	MINUTES	SECONDES	-	HEURES	MINUTES

Renseignements au sujet de la structure de l'entité

Quelle est la structure ou le type de l'entité?

- Personne morale** **Fiducie** **Fiducie à participation multiple ou cotée en bourse** **Entité autre qu'une personne morale ou une fiducie** (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

Si une « entité autre qu'une personne morale ou une fiducie », veuillez préciser :

Avez-vous des renseignements au sujet de la propriété, le contrôle et la structure de l'entreprise?

- Oui** (Remplir l'une des sections suivantes pertinente à la structure ou type de l'entité) **Non** (Passez à la page sur les renseignements au sujet de la personne ou de l'entité pour le compte de qui l'opération ou la tentative d'opération a été effectuée)

Veillez copier cette page pour chaque personne supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

Renseignements sur la personne morale (entité qui effectue ou tente d'effectuer l'opération)

Administrateur d'une personne morale

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

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 :

Personne(s) qui, directement ou indirectement, possède ou contrôle au moins 25 % des actions de la personne morale

Personne 1

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 2

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Veuillez copier cette page pour chaque personne supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

Renseignements sur la fiducie (entité qui effectue ou tente d'effectuer l'opération)

Fiduciaire d'une fiducie

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

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 :

Constituant d'une fiducie

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

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 :

Veillez copier cette page pour chaque personne supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

Renseignements sur la fiducie à participation multiple ou cotée en bourse (entité qui effectue ou tente d'effectuer l'opération)

Personne(s) qui, directement ou indirectement, possède ou contrôle au moins 25 % des unités d'une fiducie à participation multiple ou cotée en bourse

Personne 1

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

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 :

Personne 2

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

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 :

Bénéficiaire(s) d'une fiducie autre qu'une fiducie à participation multiple ou cotée en bourse

Bénéficiaire 1

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

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 :

Bénéficiaire 2

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

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 :

Veillez copier cette page pour chaque personne supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

Renseignements sur l'entité autre qu'une personne morale ou une fiducie (entité qui effectue ou tente d'effectuer l'opération)

Personne(s) qui, directement ou indirectement, possède ou contrôle au moins 25 % d'une entité autre qu'une personne morale ou une fiducie

Personne 1

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 2

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 3

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 4

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Veillez copier cette page pour chaque personne supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

*Est-ce que l'opération ou la tentative d'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 de l'entité pour le compte de qui l'opération ou la tentative d'opération a été effectuée)

Non (Passez à la page d'action d'achèvement)

Renseignements au sujet de la personne pour le compte de qui l'opération ou la tentative d'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 :

URL :

Date de naissance :

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

Pays de résidence :

Pays de citoyenneté :

Profession :

Nom de l'employeur :

Renseignements sur l'adresse de l'employeur

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 :

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 ou tente d'effectuer l'opération

Relation :

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

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 ou la tentative d'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 :

URL :

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 :

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acte d'association | <input type="checkbox"/> Certificat de constitution en société | <input type="checkbox"/> Lettre ou avis de cotisation | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous) |
| <input type="checkbox"/> Certificat attestant l'existence de la personne morale | <input type="checkbox"/> Entente de partenariat | <input type="checkbox"/> Rapport annuel | |

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 ou tente d'effectuer l'opération

Relation :

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

Si « autre », veuillez préciser :

Renseignements au sujet de la structure de l'entité

Quelle est la structure ou le type de l'entité?

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Personne morale | <input type="checkbox"/> Fiducie | <input type="checkbox"/> Fiducie à participation multiple ou cotée en bourse | <input type="checkbox"/> Entité autre qu'une personne morale ou une fiducie (veuillez fournir des précisions ci-dessous) |
|--|----------------------------------|--|--|

Si une « entité autre qu'une personne morale ou une fiducie », veuillez préciser:

Avez-vous des renseignements au sujet de la propriété, le contrôle et la structure de l'entreprise?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oui (Remplir l'une des sections suivantes pertinente à la structure ou type de l'entité) | <input type="checkbox"/> Non (Passez à la page d'action d'achèvement) |
|--|--|

Veillez copier cette page pour chaque personne supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

Renseignements sur la personne morale (entité pour le compte de qui l'opération ou la tentative d'opération a été effectuée)

Administrateur d'une personne morale

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

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 :

Personne(s) qui, directement ou indirectement, possède ou contrôle au moins 25 % des actions de la personne morale

Personne 1

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 2

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Veuillez copier cette page pour chaque personne supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

Renseignements sur la fiducie (entité pour le compte de qui l'opération ou la tentative d'opération a été effectuée)

Fiduciaire d'une fiducie

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

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 :

Constituant d'une fiducie

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

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 :

Veillez copier cette page pour chaque personne supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

Renseignements sur la fiducie à participation multiple ou cotée en bourse (entité pour le compte de qui l'opération ou la tentative d'opération a été effectuée)

Personne(s) qui, directement ou indirectement, possède ou contrôle au moins 25 % des unités d'une fiducie à participation multiple ou cotée en bourse

Personne 1

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

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 :

Personne 2

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

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 :

Bénéficiaire(s) d'une fiducie autre qu'une fiducie à participation multiple ou cotée en bourse

Bénéficiaire 1

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

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 :

Bénéficiaire 2

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

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 :

Veillez copier cette page pour chaque personne supplémentaire

Action d'amorce de pour l'opération de

Renseignements sur l'entité autre qu'une personne morale ou une fiducie (entité pour le compte de qui l'opération ou la tentative d'opération a été effectuée)

Personne(s) qui, directement ou indirectement, possède ou contrôle au moins 25 % d'une entité autre qu'une personne morale ou une fiducie

Personne 1

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 2

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 3

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Personne 4

Nom de famille :

Prénom :

Autre nom/Initiale :

Veuillez copier cette page pour chaque action d'achèvement supplémentaire

Action d'achèvement de pour l'opération de

Action d'achèvement

Veuillez fournir des renseignements sur comment l'opération ou la tentative d'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 ou la tentative d'opération.

*Détails de la répartition :

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Achat de bijoux | <input type="checkbox"/> Achat ou paiement de biens | <input type="checkbox"/> Échange de coupures | <input type="checkbox"/> Retrait de fonds (en lien avec compte) |
| <input type="checkbox"/> Achat de mandat-poste | <input type="checkbox"/> Achat ou paiement de services | <input type="checkbox"/> Échange en monnaie fiduciaire | <input type="checkbox"/> Transfert sortant de monnaie virtuelle |
| <input type="checkbox"/> Achat de métaux précieux | <input type="checkbox"/> Achat/dépôt d'une police d'assurance-vie | <input type="checkbox"/> Échange en monnaie virtuelle | <input type="checkbox"/> Virement (sortant) de fonds à l'étranger |
| <input type="checkbox"/> Achat de pierres précieuses | <input type="checkbox"/> Achat/dépôt de biens immobiliers | <input type="checkbox"/> Émission d'un chèque | <input type="checkbox"/> Virement (sortant) de fonds au pays |
| <input type="checkbox"/> Achat de produits de casino | <input type="checkbox"/> Achat/dépôt de produit d'investissement | <input type="checkbox"/> Encaissement | <input type="checkbox"/> Virement de fonds par courriel |
| <input type="checkbox"/> Achat de produits ou de carte de paiement prépayés | <input type="checkbox"/> Ajouté au portefeuille de monnaie virtuelle | <input type="checkbox"/> Fonds retenus | <input type="checkbox"/> Virement de fonds par mobile |
| <input type="checkbox"/> Achat de traite bancaire | <input type="checkbox"/> Dépôt dans un compte | <input type="checkbox"/> Paiement au compte | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous) |

Si « autre », veuillez préciser :

*Montant :

Si la répartition est sous forme de fonds, remplissez les renseignements ci-dessous :

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

*Taux de change :

Si la répartition est en monnaie virtuelle, remplissez les renseignements ci-dessous :

*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 :

*Indicateur d'opération en monnaie virtuelle 1 :

*Indicateur d'opération en monnaie virtuelle 2 (le cas échéant) :

Remarque : S'il y a plus de deux indicateurs d'opération en monnaie virtuelle, veuillez utiliser la page intitulée Autres indicateurs d'opération en monnaie virtuelle.

*Adresse d'envoi de la monnaie virtuelle 1 :

*Adresse d'envoi de la monnaie virtuelle 2 (le cas échéant) :

Remarque : S'il y a plus de deux adresses d'envoi de la monnaie virtuelle, veuillez utiliser la page intitulée Autres adresses d'envoi de la monnaie virtuelle.

*Adresse de réception de la monnaie virtuelle 1 :

*Adresse de réception de la monnaie virtuelle 2 (le cas échéant) :

Remarque : S'il y a plus de deux adresses de réception de la monnaie virtuelle, veuillez utiliser la page intitulée Autres adresses de réception de la monnaie virtuelle.

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

*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) :

*La répartition impliquait-elle un compte?

Oui (Remplir les renseignements sur le compte et les titulaires de compte)

Non (Passez à la page sur les renseignements au sujet de la personne ou de l'entité ayant participé à l'action d'achèvement)

Renseignements sur le compte (le cas échéant)

*Numéro d'institution financière (le cas échéant) :

*Numéro de succursale (le cas échéant) :

*Numéro de compte :

*Type de compte :

Casino

Entreprise

Fiducie

Personnel

Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

Si « autre », veuillez préciser :

*Devise du compte – S'il s'agit d'un compte de fonds, veuillez indiquer l'abréviation de la devise (p.ex. CAD s'il s'agit de dollars canadiens) :

*Type de monnaie virtuelle du compte – S'il s'agit d'un compte en monnaie virtuelle, veuillez indiquer le nom au complet et l'abréviation de la monnaie virtuelle (p.ex. Bitcoin/BTC) :

 /

Nom complet

Abréviation

*Date d'ouverture du compte :

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

Date de fermeture du compte :

<input type="text" value="20"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ANNÉE	MOIS	JOUR

*État du compte au moment de l'opération :

Actif

Inactif

En veilleuse

Fermé

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?

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)

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

*Avez-vous obtenu des renseignements au sujet de la personne ou de l'entité bénéficiaire lié à cette opération ou tentative d'opération?

- Oui** (Remplir les renseignements au sujet de la personne ou de l'entité bénéficiaire)
- Non** (Sélectionnez uniquement si la personne ou l'entité bénéficiaire n'est pas votre client, et que vous n'avez pas réussi à obtenir aucun renseignement sur le bénéficiaire, et ce même après avoir pris des mesures raisonnables. Si tel est le cas, passez à la page des détails de l'activité douteuse.)

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

*Nom de famille :

*Prénom :

Autre nom/Initiale :

Alias :

Nom d'utilisateur :

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) :

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 :

Nom d'utilisateur :

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 :

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acte d'association | <input type="checkbox"/> Certificat de constitution en société | <input type="checkbox"/> Lettre ou avis de cotisation | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez fournir des précisions ci-dessous) |
| <input type="checkbox"/> Certificat attestant l'existence de la personne morale | <input type="checkbox"/> Entente de partenariat | <input type="checkbox"/> Rapport annuel | |

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 :

Est-ce que cette déclaration est liée à une directive ministérielle?

Oui (Ne pas remplir d'autres renseignements)

Non (Remplir les renseignements ci-dessous)

Détails de l'activité douteuse

*Description de l'activité douteuse

Veillez décrire en termes clairs, simples et concis vos motifs de soupçonner une infraction de blanchiment d'argent ou de financement d'activités terroristes, y compris les faits, le contexte et les indicateurs qui vous ont permis d'établir un motif raisonnable de soupçonner une telle opération.

*Type de soupçon :

Blanchiment d'argent

Financement des activités terroristes

Blanchiment d'argent et de financement des activités terroristes

Nom du projet de partenariat public-privé – Veuillez cocher tous les projets qui s'appliquent :

Projet ANTON
 Projet ATHENA

Projet CHAMELEON
 Projet GUARDIAN

Projet LEGION
 Projet PROTECT

Projet SHADOW

Est-ce que cette déclaration comprend des renseignements au sujet d'un individu que vous avez déterminé comme étant une personne politiquement vulnérable (PPV) ou un dirigeant d'une organisation internationale (DOI)?

Oui

Non

Veillez copier cette page pour des déclarations connexes supplémentaire

Déclaration(s) connexe(s)

Veillez fournir ci-dessous une liste de déclarations, le cas échéant, soumises précédemment qui pourraient être liées aux activités douteuses mentionnée dans cette déclaration.

Déclaration 1

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

Numéro de référence de l'opération de l'entité déclarante 1 :

Numéro de référence de l'opération de l'entité déclarante 2 (le cas échéant) :

Déclaration 2

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

Numéro de référence de l'opération de l'entité déclarante 1 :

Numéro de référence de l'opération de l'entité déclarante 2 (le cas échéant) :

Déclaration 3

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

Numéro de référence de l'opération de l'entité déclarante 1 :

Numéro de référence de l'opération de l'entité déclarante 2 (le cas échéant) :

Déclaration 4

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

Numéro de référence de l'opération de l'entité déclarante 1 :

Numéro de référence de l'opération de l'entité déclarante 2 (le cas échéant) :

Déclaration 5

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

Numéro de référence de l'opération de l'entité déclarante 1 :

Numéro de référence de l'opération de l'entité déclarante 2 (le cas échéant) :

Mesure prise

*Description détaillée

Veillez décrire les mesures, le cas échéant, qui ont été ou qui seront prises à la suite de la détection de l'opération ou des opérations douteuses.

Action d'amorce de pour l'opération de

ou

Action d'achèvement de pour l'opération de

Autres indicateurs d'opération en monnaie virtuelle

Indicateur d'opération en monnaie virtuelle :

Action d'amorce de pour l'opération de

ou

Action d'achèvement de pour l'opération de

Autres adresses d'envoi de la monnaie virtuelle

Adresse d'envoi de la monnaie virtuelle :

Action d'amorce de pour l'opération de

ou

Action d'achèvement de pour l'opération de

Autres adresses de réception de la monnaie virtuelle

Adresse de réception de la monnaie virtuelle :

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.