

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