



## PARTIE A — Renseignements sur l'opération (l'envoi du télévirement)

1. L'heure de transmission du télévirement

HEURE MINUTES SECONDES

2. La date de transmission \*

2 0 ANNÉE MOIS JOUR

3. Le montant du télévirement \*

\_\_\_\_\_

4. Le code de la devise utilisée \*

\_\_\_\_\_

Indiquez CAD s'il s'agit de dollars canadiens ou USD s'il s'agit de dollars américains.  
Si une autre devise a été utilisée, consultez l'annexe 1 de la *Ligne directrice 3B : Déclaration des opérations douteuses à CANAFE sur support papier.*

5. Le taux de change

S'il s'agit de la **transmission d'un télévirement**, indiquez le taux de change selon lequel le montant fut converti en dollars canadiens

\_\_\_\_\_

**ou**

S'il s'agit de la **réception d'un télévirement**, indiquez le taux de change selon lequel le montant fut converti en dollars canadiens

\_\_\_\_\_

## PARTIE B — Renseignements sur le client qui demande le télévirement

**Nom du client qui demande le télévirement** (S'il s'agit d'une entité, remplissez le champ 1. Si c'est un individu, remplissez les champs 2, 3 et 4.)

1. Dénomination sociale de l'entité \*

\_\_\_\_\_

**ou**

Nom de l'individu

2. Nom de famille \*

\_\_\_\_\_

3. Prénom \*

\_\_\_\_\_

4. Autre nom/initiale

\_\_\_\_\_

**Adresse du client qui demande le télévirement**

5. Adresse (rue et numéro)

\_\_\_\_\_

6. Ville

\_\_\_\_\_

7. Province ou état

\_\_\_\_\_

8. Pays

\_\_\_\_\_

9. Code postal ou zip

\_\_\_\_\_

10. Numéro de téléphone (y compris le code régional)

\_\_\_\_\_

**Renseignements additionnels au sujet du client qui demande le télévirement**

11. Date de naissance (si le client est un individu)

ANNÉE MOIS JOUR

12. Métier ou profession (si le client est un individu)

\_\_\_\_\_

13. Numéro de compte du client \* (le cas échéant)

\_\_\_\_\_

14. Document ayant servi à l'identification du client (si le client est un individu)

Carte d'assurance-maladie provinciale

Certificat de naissance

Fiche d'établissement ou carte de résident permanent

Passeport

Permis de conduire

Autre

DESCRIPTION (AUTRE)

15. Numéro d'identification

\_\_\_\_\_

## PARTIE C — Renseignements sur l'expéditeur du télévirement

Nom de l'entité ou de l'individu qui donne les instructions de paiement pour le télévirement. (S'il s'agit d'une entité, remplissez le champ 1. Si c'est un individu, remplissez les champs 2, 3 et 4.)

1. Dénomination sociale de l'entité\*

ou

Nom de l'individu

2. Nom de famille\*

3. Prénom\*

4. Autre nom/initiale

Adresse de l'entité ou de l'individu qui donne les instructions de paiement pour le télévirement

5. Adresse (rue et numéro)\*

6. Ville\*

7. Province ou état\*

8. Pays\*

9. Code postal ou zip\*

## PARTIE D — Renseignements relatifs au tiers quant au client qui demande le télévirement (si le client qui demande le télévirement agit pour le compte d'un tiers)

Nom du tiers par rapport à la demande du télévirement (S'il s'agit d'une entité, remplissez le champ 1. Si c'est un individu, remplissez les champs 2, 3 et 4.)

1. Dénomination sociale de l'entité

ou

Nom de l'individu

2. Nom de famille

3. Prénom

4. Autre nom/initiale

Adresse du tiers quant au client qui demande le télévirement

5. Adresse (rue et numéro)

6. Ville

7. Province ou état

8. Pays

9. Code postal ou zip

Renseignements additionnels au sujet du tiers quant au client qui demande le télévirement

10. Date de naissance (si le tiers est un individu)

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

11. Métier ou profession (si le tiers est un individu)

12. Document ayant servi à l'identification du tiers (si le tiers est un individu)

Carte d'assurance-maladie provinciale     Certificat de naissance     Fiche d'établissement ou carte de résident permanent     Passeport     Permis de conduire

Autre

DESCRIPTION (AUTRE)

## PARTIE E — Renseignements sur le destinataire du télévirement

**Nom de l'entité ou de l'individu qui reçoit les instructions de paiement du télévirement** (S'il s'agit d'une entité, remplissez le champ 1. Si c'est un individu, remplissez les champs 2, 3 et 4.)

1. Dénomination sociale de l'entité\*

**ou**

Nom de l'individu

2. Nom de famille\*

3. Prénom\*

4. Autre nom/initiale

**Adresse de l'entité ou de l'individu qui reçoit les instructions de paiement du télévirement**

5. Adresse (rue et numéro)\*

6. Ville\*

7. Province ou état\*

8. Pays\*

9. Code postal ou zip\*

## PARTIE F — Renseignements sur le client bénéficiaire du télévirement

**Nom du client qui est le bénéficiaire du télévirement** (S'il s'agit d'une entité, remplissez le champ 1. Si c'est un individu, remplissez les champs 2, 3 et 4.)

1. Dénomination sociale de l'entité\*

**ou**

Nom de l'individu

2. Nom de famille\*

3. Prénom\*

4. Autre nom/initiale

**Adresse du client bénéficiaire du télévirement**

5. Adresse (rue et numéro)

6. Ville

7. Province ou état

8. Pays

9. Code postal ou zip

10. Numéro de téléphone (y compris le code régional)

**Renseignements additionnels au sujet du client bénéficiaire du télévirement**

11. Date de naissance (si le client est un individu)

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

12. Métier ou profession (si le client est un individu)

13. Numéro de compte du client\* (le cas échéant)

14. Document ayant servi à l'identification du client (si le client est un individu)

- Carte d'assurance-maladie provinciale     Certificat de naissance     Fiche d'établissement ou carte de résident permanent     Passeport     Permis de conduire

Autre  DESCRIPTION (AUTRE)

**PARTIE G — Renseignements relatifs au tiers quant au client bénéficiaire du télévirement  
(si le client bénéficiaire du télévirement agit pour le compte d'un tiers)**

**Nom du tiers par rapport au paiement du télévirement** (S'il s'agit d'une **entité**, remplissez le **champ 1**. Si c'est un **individu**, remplissez les **champs 2, 3 et 4**.)

1. Dénomination sociale de l'entité

\_\_\_\_\_

**ou**

Nom de l'individu

2. Nom de famille

3. Prénom

4. Autre nom/initiale

\_\_\_\_\_

**Adresse du tiers quant au client bénéficiaire du télévirement**

5. Adresse (rue et numéro)

\_\_\_\_\_

6. Ville

\_\_\_\_\_

7. Province ou état

8. Pays

\_\_\_\_\_

9. Code postal ou zip

\_\_\_\_\_

**Renseignements additionnels au sujet du client bénéficiaire du télévirement**

10. Date de naissance (si le tiers est un individu)

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
ANNÉE MOIS JOUR

11. Métier ou profession (si le tiers est un individu)

\_\_\_\_\_

12. Document ayant servi à l'identification du tiers (si le tiers est un individu)

Carte d'assurance-maladie provinciale     Certificat de naissance     Fiche d'établissement ou carte de résident permanent     Passeport     Permis de conduire

Autre \_\_\_\_\_  
DESCRIPTION (AUTRE)