



Transactions de cartes à Grande Valeur

Les lois contre le blanchiment d'argent réquis

Pour toute transaction de vente d'un montant supérieur ou égal à 10,000 \$ pour un individu (les transactions individuelles ne doivent pas dépasser 10 000 \$) et 3,000 \$ pour une compagnie, quel que soit le type de paiement, les lois contre le blanchiment d'argent exigent que le formulaire suivant soit rempli. Toutes les informations resteront strictement confidentielles. Si chaque carte individuelle dépasse le montant maximal de 500 \$, veuillez soumettre une Card Max Exception Form comprenant les éléments suivants pour chaque carte: numéro de carte, montant activée et nom du receveur. ***Champs nécessaires (à remplir par le représentant du service à la clientèle)**

*Information de l'acheteur

(La législation contre le blanchiment d'argent exige une vérification d'identité de la personne pour toute transaction de cartes à haute valeur en personne. Les renseignements personnels de la personne ou du représentant de la compagnie doivent être indiqués ci-dessous)

*Nom de Famille _____ *Prénom _____

*Adresse _____ *Ville _____

*Province _____ *Code Postal _____ Numéro de
téléphone _____

Date de Naissance _____ *Pièce d'identité avec photo
délivrée par le gouvernement _____ *Numéro _____

*Date d'expiration de carte d'identité _____ *Lieu d'émission _____

Cartes d'assurance maladie acceptées, si présentées comme pièce d'identité sont celles de la Colombie Britannique du Québec

*Information de la Compagnie

*Nom de la compagnie _____

Occupation principale/Activité principale _____

*Nom Commercial (si applicable) _____

Identifiant de la société _____

*Numéro d'enregistrement fiscal _____

*Lieu d'enregistrement _____

*Adresse _____ *Ville _____

*Province _____ *Code postale _____ *Numéro de téléphone _____

*Raison d'achat de cartes-cadeaux

Cadeau Promotion À but non lucrative /Collecte de fonds Prime client

Autre _____

*Information du Transaction

† Les champs peuvent être laissés vides lors de la soumission initiale si la transaction nécessite l'approbation d'EML ou de la banque sponsor.

*Nom du programme ou centre commerciale _____ † Date de la transaction _____

† Numéro transaction CardSpot _____ *Montant total de la transaction _____

*Nombre de cartes _____ *Type de paiement _____
(espèces, chèque, carte de crédit, carte de débit)

*Représentant du programme cartes-cadeaux _____

Si l'acheteur n'est pas présent (Non face-à-face)

Veillez envoyer le formulaire a l'individu ou au représentant de la compagnie pour la signature avant la remise à EML Payments.

J'autorise et consens à ce que EML Payments puisse utiliser les informations ci-dessus à des fins de vérification d'identité non face-à-face auprès d'un bureau de crédit. Veuillez noter que ceci est utilisé avec outil de vérification d'identité uniquement, aucune vérification de crédit n'est effectuée.

*Signature client _____ *Date _____

Faxer ce formulaire à EML 866-283-1259 ou veuillez envoyer un courriel électronique à support@emlpayments.com

Utilisation de EML uniquement verification ID

Identification du produit utilisé _____ Identification d'offre de l'entité (Produit utilise) _____

numéro de reference _____ Date de la vérification d'identité _____