

**Ontario**Ministry of Government and
Consumer ServicesMinistère des Services gouvernementaux et
des Services aux consommateurs**Declaration Form 3**
under the *Limited Partnerships Act*
Déclaration Formule 3
aux termes de la *Loi sur les sociétés*
en commanditePage 1 of / de 2

Print clearly in CAPITAL LETTERS / Écrivez clairement en LETTRES MAJUSCULES

1. Declaration Type Type de déclaration	A. <input type="checkbox"/> New Nouvelle	B. <input type="checkbox"/> Name Change Modification de la raison sociale	C. <input checked="" type="checkbox"/> Change (other than name change) Changement (autre que modification de la raison sociale)
	D. <input type="checkbox"/> Renewal Without Name Change Renouvellement sans modification de la raison sociale	E. <input type="checkbox"/> Renewal With Name Change Renouvellement avec modification de la raison sociale	F. <input type="checkbox"/> Dissolution Dissolution
			G. <input type="checkbox"/> Withdrawal Retrait
Enter the Business Identification Number (BIN) for all Declaration Types except Type A. Entrez le n° d'identification de l'entreprise (NIE) pour tous les types de déclaration, sauf pour le type A.			BIN (Business Identification No.) NIE N° d'identification de l'entreprise 310206172

2. Firm Name / Raison sociale de la société en commandite

EQB COVERED BOND (LEGISLATIVE)
GUARANTOR LIMITED PARTNERSHIP3. Mailing Address
of Registrant
Adresse postale
de registrant

Street No. / N° de rue 66	Street Name / Nom de la rue WELLINGTON STREET WEST	Suite No. / Bureau n° 5300
City / Town / Ville TORONTO	Province / Province ONTARIO	Country / Pays CANADA
		Postal Code / Code postal M5K 1E6

4. Address of Principal Place of Business in Ontario / Adresse de l'établissement principal en Ontario

- Same as above / comme ci-dessus
- Extra-Provincial Limited Partnership without business address in Ontario / Société en commandite extraprovinciale sans établissement en Ontario

Street No. / N° de rue 30	Street Name / Nom de la rue ST. CLAIR AVENUE WEST	Suite No. / Bureau n° (PO Box not acceptable / CP non acceptés) 700
City / Town / Ville TORONTO	Province / Province ONTARIO	Country / Pays CANADA
		Postal Code / Code postal M4V 3A1

5. General Nature of Business / Nature générale de l'activité exercée

PROVIDER OF COVERED BOND GUARANTEE

6. Information Regarding General Partner(s) / Renseignements sur le ou les commandités

(A) Individual / Personne physique - Last Name / Nom de famille	First Name / Prénom	Middle Name / Autre prénom
(B) Corporation, Partnership etc. / Personne morale, société en nom collectif etc. - Name / Raison sociale	Ontario Corporation Number / N° matricule de la personne morale en Ontario	
EQB COVERED BOND (LEGISLATIVE) GP INC.		
003276713		
Street No. / N° de rue 30	Street Name / Nom de la rue ST. CLAIR AVENUE WEST	Suite No. / Bureau n° 700
City / Town / Ville TORONTO	Province / Province ONTARIO	Country / Pays CANADA
		Postal Code / Code postal M4V 3A1
Signature of General Partner or Attorney for the General Partner / Signature du commandité ou de son procureur	Check if signing as attorney on behalf of the general partner pursuant to s. 32 of the <i>Limited Partnerships Act</i> . Cochez la case ci contre si le signataire est le procureur du commandité (art. 32 de la Loi)	
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Michael Mignardi</i>	<input type="checkbox"/>	
Print Name of Signatory / Nom du signataire en lettres moulées	MICHAEL MIGNARDI	
For a new Declaration, name change or renewal, Item 6 must be completed and signed by all the general partners or their attorneys. If there is more than one general partner, set out the total number of partners in the box and attach additional schedule(s) / Pour une nouvelle Déclaration, une modification de la raison sociale ou un renouvellement, il faut remplir la section 6 pour chaque commandité, et chaque commandité ou son procureur doit signer la section 6. S'il y a plus d'un commandité, entrez le nombre total de commandités dans la case ci contre et remplissez et joignez une ou des annexes.		Number of General Partners / Nombre de commandités
		2

7. Jurisdiction of Formation / Territoire d'origine

ONTARIO

Extra-Provincial Limited Partnership Carrying on Business in Ontario / Société en commandite extraprovinciale menant des activités en Ontario

8. Information Regarding Attorney/Representative for an Extra-Provincial Limited Partnership - (Does not apply to limited partnerships formed in another Canadian jurisdiction that have an office or other place of business in Ontario) / Renseignements sur le procureur / représentant de la société en commandite extraprovinciale - (Ne s'applique pas aux sociétés en commandite d'un autre territoire canadien qui ont un établissement en Ontario)

Power of Attorney - Check the box to confirm there is an executed Power of Attorney (Form 4) appointing the person/corporation listed below to be the attorney and representative in Ontario. The attorney/representative is required to keep the executed Form 4 available for inspection at the address set out below. / Procuration - Cochez la case ci-contre pour confirmer qu'il y a une Procuration signée (Formule 4) nommant la personne physique ou morale indiquée ci dessous à titre de procureur et représentant en Ontario. Celui ci doit tenir la Formule 4 signée à disposition aux fins d'inspection à l'adresse ci dessous.			<input type="checkbox"/>
Attorney / Representative - Procureur / représentant			
(A) Individual / Personne physique - Last Name / Nom de famille	First Name / Prénom	Middle Name / Autre prénom	
(B) Corporation, Partnership etc. / Personne morale, société en nom collectif etc. - Name / Raison sociale	Ontario Corporation Number / N° matricule de la personne morale en Ontario		
MINISTRY USE ONLY - RÉSERVÉ AU MINISTÈRE			
BIN/EIN: 310206172			
NAME: EQB COVERED			
REG/ENR: 2021-02-12			
Street No. / N° de rue	Street Name / Nom de la rue	Suite No. / Bureau n°	
City / Town / Ville	Province / Province		
Country / Pays	Postal Code / Code postal		

SCHEDULE - To Form 3, Declaration Under the Limited Partnerships Act
ANNEXE à la Formule 3 - Déclaration Loi sur les sociétés en commandite
Information Regarding General Partners
Renseignements sur le ou les commandités

Only complete this schedule if the limited partnership has more than one general partner. All general partners must be listed and must sign a new declaration, name change, or renewal. Complete as many Schedules as required. A change other than a name change, withdrawal or dissolution must be signed by at least one general partner.

Ne remplissez cette Annexe que si la société en commandite a plus d'un commandité. Tous les commandités doivent être déclarés et chacun doit signer la Déclaration si vous remplissez une nouvelle déclaration, une modification de la raison sociale ou un renouvellement. Utilisez d'autres annexes, si nécessaire. Si vous remplissez une Déclaration pour un changement autre qu'une modification de la raison sociale, ou pour un retrait ou une dissolution, la Déclaration doit être signée par au moins un commandité.

BIN (Business Identification No.)/NIE N° d'identification de l'entreprise 310206172

Firm Name / Raison sociale de la société en commandite

E Q B , C O V E R E D , B O N D , (L E G I S L A T I V E)
 G U A R A N T O R , L I M I T E D , P A R T N E R S H I P

9. Information Regarding General Partner(s) / Renseignements sur le ou les commandités

(A) Individual / Personne physique - Last Name / Nom de famille		First Name / Prénom		Middle Name / Autre prénom	
(B) Corporation, Partnership etc. / Personne morale, société en nom collectif etc. - Name / Raison sociale		Ontario Corporation Number N° matricule de la personne morale en Ontario		003276712	
EQUITABLE COVERED BOND (LEGISLATIVE) LGP INC.					
Street No. / N° de rue		Street Name / Nom de la rue		Suite No. / Bureau n°	
30		ST. CLAIR AVENUE WEST		700	
City / Town / Ville		Province / Province		Country / Pays	
TORONTO		ONTARIO		CANADA	
Post al Code / Code postal		M4V 3A1			
Signature of General Partner or Attorney for the General Partner/ Signature du commandité ou de son procureur			Check if signing as attorney on behalf of the general partner pursuant to s. 32 of the <i>Limited Partnerships Act</i> .		
X <i>Scott Markham</i>			<input type="checkbox"/>		
Print Name of Signatory / Nom du signataire en lettres moulées			Cochez la case ci contre si le signataire est le procureur du commandité (art. 32 de la Loi)		
SCOTT MARKHAM			<input type="checkbox"/>		

(A) Individual / Personne physique - Last Name / Nom de famille		First Name / Prénom		Middle Name / Autre prénom	
(B) Corporation, Partnership etc. / Personne morale, société en nom collectif etc. - Name / Raison sociale		Ontario Corporation Number N° matricule de la personne morale en Ontario			
Street No. / N° de rue					
Street Name / Nom de la rue					
Suite No. / Bureau n°					
City / Town / Ville		Province / Province		Country / Pays	
Post al Code / Code postal					
Signature of General Partner or Attorney for the General Partner/ Signature du commandité ou de son procureur			Check if signing as attorney on behalf of the general partner pursuant to s. 32 of the <i>Limited Partnerships Act</i> .		
X			<input type="checkbox"/>		
Print Name of Signatory / Nom du signataire en lettres moulées			Cochez la case ci contre si le signataire est le procureur du commandité (art. 32 de la Loi)		
			<input type="checkbox"/>		

(A) Individual / Personne physique - Last Name / Nom de famille		First Name / Prénom		Middle Name / Autre prénom	
(B) Corporation, Partnership etc. / Personne morale, société en nom collectif etc. - Name / Raison sociale		Ontario Corporation Number N° matricule de la personne morale en Ontario			
Street No. / N° de rue					
Street Name / Nom de la rue					
Suite No. / Bureau n°					
City / Town / Ville		Province / Province		Country / Pays	
Post al Code / Code postal					
Signature of General Partner or Attorney for the General Partner/ Signature du commandité ou de son procureur			MINISTRY USE ONLY - RÉSERVÉ AU MINISTÈRE		
X			BIN/EIN: 310206172		
Print Name of Signatory / Nom du signataire en lettres moulées			NAME/		
			NOM.....: ERB COVERE		
			REG/ENR: 2021-02-12		
Check if signing as attorney on behalf of the general partner pursuant to s. 32 of the <i>Limited Partnerships Act</i> .			Cochez la case ci contre si le signataire est le procureur du commandité (art. 32 de la Loi)		
			<input type="checkbox"/>		



Print clearly in CAPITAL LETTERS / Écrivez clairement en LETTRES MAJUSCULES

1. Declaration Type Type de déclaration	A. <input checked="" type="checkbox"/> New Nouvelle	B. <input type="checkbox"/> Name Change Modification de la raison sociale	C. <input type="checkbox"/> Change (other than name change) Changement (autre que modification de la raison sociale)
	D. <input type="checkbox"/> Renewal Without Name Change Renouvellement sans modification de la raison sociale	E. <input type="checkbox"/> Renewal With Name Change Renouvellement avec modification de la raison sociale	F. <input type="checkbox"/> Dissolution Dissolution
			G. <input type="checkbox"/> Withdrawal Retrait
Enter the Business Identification Number (BIN) for all Declaration Types except Type A. Entrez le n° d'identification de l'entreprise (NIE) pour tous les types de déclaration, sauf pour le type A.			BIN (Business Identification No.) NIE N° d'identification de l'entreprise

2. Firm Name / Raison sociale de la société en commandite

E Q B C O V E R E D B O N D (L E G I S L A T I V E)
G U A R A N T O R L I M I T E D P A R T N E R S H I P

3. Mailing Address
of Registrant
Adresse postale
de registrant

Street No. / N° de rue: 66
Street Name / Nom de la rue: WELLINGTON STREET WEST
Suite No. / Bureau n°: 5300
City / Town / Ville: TORONTO
Province / Province: ONTARIO
Country / Pays: CANADA
Postal Code / Code postal: M5K 1E6

4. Address of Principal Place of Business in Ontario / Adresse de l'établissement principal en Ontario

- Same as above
comme ci-dessus
- Extra-Provincial Limited Partnership without business address in Ontario
Société en commandite extraprovinciale sans établissement en Ontario

Street No. / N° de rue: 30
Street Name / Nom de la rue: ST. CLAIR AVENUE WEST
Suite No. / Bureau n° (PO Box not acceptable / CP non acceptés): 700
City / Town / Ville: TORONTO
Province / Province: ONTARIO
Country / Pays: CANADA
Postal Code / Code postal: M4V 3A1

5. General Nature of Business / Nature générale de l'activité exercée

PROVIDER OF COVERED BOND GUARANTEE

6. Information Regarding General Partner(s) / Renseignements sur le ou les commandités

(A) Individual / Personne physique - Last Name / Nom de famille	First Name / Prénom	Middle Name / Autre prénom
(B) Corporation, Partnership etc. / Personne morale, société en nom collectif etc. - Name / Raison sociale	Ontario Corporation Number / N° matricule de la personne morale en Ontario	
EQB COVERED BOND (LEGISLATIVE) GP INC.		
003276713		
Street No. / N° de rue: 30	Street Name / Nom de la rue: ST. CLAIR AVENUE WEST	Suite No. / Bureau n°: 700
City / Town / Ville: TORONTO	Province / Province: ONTARIO	Country / Pays: CANADA
Postal Code / Code postal: M4V 3A1		
Signature of General Partner or Attorney for the General Partner / Signature du commandité ou de son procureur	Check if signing as attorney on behalf of the general partner pursuant to s. 32 of the <i>Limited Partnerships Act</i> Cochez la case ci contre si le signataire est le procureur du commandité (art. 32 de la Loi)	
<input checked="" type="checkbox"/> Michael Mignardi	<input type="checkbox"/>	
Print Name of Signatory / Nom du signataire en lettres moulées	MICHAEL MIGNARDI	
For a new Declaration, name change or renewal, Item 6 must be completed and signed by all the general partners or their attorneys. If there is more than one general partner, set out the total number of partners in the box and attach additional schedule(s) / Pour une nouvelle Déclaration, une modification de la raison sociale ou un renouvellement, il faut remplir la section 6 pour chaque commandité, et chaque commandité ou son procureur doit signer la section 6. S'il y a plus d'un commandité, entrez le nombre total de commandités dans la case ci contre et remplissez et joignez une ou des annexes.		Number of General Partners / Nombre de commandités
		1

7. Jurisdiction of Formation / Territoire d'origine

ONTARIO

Extra-Provincial Limited Partnership Carrying on Business in Ontario / Société en commandite extraprovinciale menant des activités en Ontario

8. Information Regarding Attorney/Representative for an Extra-Provincial Limited Partnership - (Does not apply to limited partnerships formed in another Canadian jurisdiction that have an office or other place of business in Ontario) / Renseignements sur le procureur / représentant de la société en commandite extraprovinciale - (Ne s'applique pas aux sociétés en commandite d'un autre territoire canadien qui ont un établissement en Ontario)

Power of Attorney - Check the box to confirm there is an executed Power of Attorney (Form 4) appointing the person/corporation listed below to be the attorney and representative in Ontario. The attorney/representative is required to keep the executed Form 4 available for inspection at the address set out below. / Procuration - Cochez la case ci-contre pour confirmer qu'il y a une Procuration signée (Formule 4) nommant la personne physique ou morale indiquée ci-dessous à titre de procureur et représentant en Ontario. Celui-ci doit tenir la Formule 4 signée à disposition aux fins d'inspection à l'adresse ci-dessous.			<input type="checkbox"/>	
Attorney / Representative - Procureur / représentant	(A) Individual / Personne physique - Last Name / Nom de famille		First Name / Prénom	Middle Name / Autre prénom
(B) Corporation, Partnership etc. / Personne morale, société en nom collectif etc. - Name / Raison sociale	Ontario Corporation Number / N° matricule de la personne morale en Ontario		MINISTRY USE ONLY - RÉSERVÉ AU MINISTÈRE	
Street No. / N° de rue	Street Name / Nom de la rue	Suite No. / Bureau n°		
City / Town / Ville	Province / Province		BIN/EIN: 310206172	
Country / Pays	Postal Code / Code postal		NAME / NOM: EQB COVERED BOND	
			REG/ENR: 2021-02-07	
			EXP/EXP: 2026-02-08	