



Demande  
d'adhésion/instruction

Rente-épargne  
non enregistrée

(À être utilisé uniquement  
pour les entreprises)

### 1. RENSEIGNEMENTS DE BASE

**Langue de correspondance:**  Français  Anglais

**S'agit-il:**  d'une nouvelle adhésion (nouveau régime) **OU**  d'instruction – N° client : \_\_\_\_\_

### 2. IDENTIFICATION DU PRENEUR

Dénomination sociale (50 caractères)		Dénomination sociale abrégée (le cas échéant)												
Activité principale														
Adresse (n°, rue, appartement)	Ville	Province	Pays	Code postal										
Téléphone au travail	N° de poste	Télécopieur	Adresse électronique (courriel)											
Personne-contact	Adresse électronique (courriel)		Téléphone											
Numéro d'entreprise : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 150px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>														
chiffres														

### 3. IDENTIFICATION DU RENTIER (OBLIGATOIRE)

Le rentier doit être une personne physique et un résident canadien.

Nom	Prénom	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Adresse (n°, rue, appartement)	Ville	Province	Code postal	
Téléphone à la résidence	Téléphone au travail	N° de poste	N° d'assurance sociale	
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Adresse électronique (courriel)			

### 4. IDENTIFICATION DU RENTIER REMPLAÇANT

Si aucun rentier remplaçant n'est désigné, le contrat prend fin au décès du rentier.

Nom	Prénom	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Adresse (n°, rue, appartement)	Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone à la résidence	Téléphone au travail	N° de poste	N° d'assurance sociale	
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Adresse électronique (courriel)			

### 5. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

**Mise en garde:**  
À remplir uniquement si vous souhaitez que la valeur accumulée soit payable à un bénéficiaire autre que le preneur.

En cas de décès du rentier et du rentier remplaçant (le cas échéant)				
Nom du bénéficiaire	Lien avec le preneur	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Révocable	Irrévocable
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. PROVENANCE DES FONDS

Dépôt comptant par chèque: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Montant Date du chèque (AAAA/MM/JJ)

Virement d'une autre institution (joindre le formulaire approprié accompagné d'une copie d'un relevé)

Montant	Date d'échéance du placement (AAAA/MM/JJ)	Nom de l'institution financière
\$		
\$		
\$		
\$		

Virement d'un compte déjà détenu à La Capitale

Número de compte	Total ou montant partiel
	<input type="checkbox"/> Total OU _____ \$
	<input type="checkbox"/> Total OU _____ \$
	<input type="checkbox"/> Total OU _____ \$
	<input type="checkbox"/> Total OU _____ \$
	<input type="checkbox"/> Total OU _____ \$

## 7. INSTRUCTION DE PLACEMENT

Référez-vous au communiqué de taux pour connaître les produits offerts.

500 \$ minimum		Montant (\$, %)		
		Dépôt périodique	Dépôt comptant	Dépôt transfert
	Compte à intérêt quotidien rachetable (R) <sup>1</sup>			

500 \$ minimum par compte	Certificats de placement garanti	Montant (\$, %)		Date d'échéance ou terme (AAAA/MM/JJ)	Intérêts composés (C)	Intérêts simples (S)		Rachetable ou Non rachetable (R <sup>1</sup> , NR)
		Dépôt comptant	Dépôt transfert			Fréquence <sup>2</sup> (A, S, T, M)	Versement <sup>3</sup> (QUT, DDI)	

Note 1: Placement rachetable sous réserve des frais et pénalités applicables

Note 2: Annuelle, Semestrielle, Trimestrielle, Mensuelle

Note 3: QUT = Compte à intérêt quotidien, DDI = Dépôt direct (joindre un spécimen de chèque)

## 8. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU PRENEUR

Type d'entité	Sections à remplir	Documents supplémentaires à joindre
<input type="checkbox"/> Personne morale	8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5, 8.7	1. Un des documents suivants : <input type="checkbox"/> Certificat de constitution <input type="checkbox"/> Avis de cotisation émanant d'un gouvernement municipal, provincial ou fédéral <input type="checkbox"/> Rapport annuel signé par un cabinet de vérificateur indépendant <input type="checkbox"/> Autre document confirmant l'existence de l'entité : _____  2. Tous les documents établissant la propriété, le contrôle et la structure de l'entité dont un organigramme pour les structures plus complexes (voir section 8).
<input type="checkbox"/> Société	8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.6	
<input type="checkbox"/> Organisme sans but lucratif	8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7	
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____	Sections applicables selon la situation	

### 8.1 DESCRIPTION DÉTAILLÉE DES ACTIVITÉS DE L'ENTITÉ

---



---



---



---



---



---



---

### 8.2 DÉTERMINATION QUANT AU TIERS

Est-ce que le preneur/entité agit suivant les directives d'une autre personne (tiers)?  Oui  Non

**Si oui**, fournir les renseignements suivants sur le tiers :

Nom complet du tiers \_\_\_\_\_ Date de naissance: 

Année			Mois			Jour			

Lien avec le preneur \_\_\_\_\_ Profession ou activité principale \_\_\_\_\_

Adresse (n°, rue, appartement) \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Si le tiers est une entreprise :** Numéro d'entreprise: \_\_\_\_\_

Lieu de constitution: \_\_\_\_\_

### 8.3 VÉRIFICATION DE LA CLASSIFICATION FISCALE

- a) **FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT (FATCA)** – Est-ce que l'entité a été constituée aux États-Unis ou dans un État des États-Unis ?  
 Oui  Non – **Si oui**, indiquer le numéro d'identification fiscal américain (NIF). **Si non**, passer à la question 8.3b.

Numéro d'identification \_\_\_\_\_

- b) **NORME COMMUNE DE DÉCLARATION (NCD)** – Est-ce que l'entité a été constituée dans une juridiction autre que le Canada et les États-Unis ?  
 Oui  Non – **Si oui**, indiquer le pays et le numéro d'identification fiscal étranger et passer à la section 8.4. **Si non**, passer à la question 8.3c.

Pays \_\_\_\_\_

Numéro d'identification \_\_\_\_\_

- c) **ENTITÉ ACTIVE OU PASSIVE** – Une entité passive est une entité dont 50 % ou plus de ses revenus proviennent de la détention de placements de revenu passif, soit sous forme d'intérêts, de dividendes, de loyer, de gains en capital, etc. Une entité active est une entité qui ne correspond pas à la définition d'une entité passive. Est-ce que l'entité est une entité active ou passive ?  
 Entité active – Passer à la section 8.4.  
 Entité passive – Passer à la section 8.4. Remplir également les parties encadrées.

### 8.4 RENSEIGNEMENTS SUR LES BÉNÉFICIAIRES EFFECTIFS DES PERSONNES MORALES, DES SOCIÉTÉS OU DES ORGANISMES SANS BUT LUCRATIF

Fournir les renseignements suivants pour toutes les personnes qui détiennent ou contrôlent, directement ou indirectement, au moins 25 % des actions de la personne morale ou au moins 25 % d'un autre type d'entité. Remplir également les parties encadrées si la case Entité passive a été cochée à la question 8.3c.

#### Actionnaire/Propriétaire 1

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ % de participation ou de contrôle \_\_\_\_\_

Adresse (n°, rue, appartement) \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/État \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Code postal/Code ZIP \_\_\_\_\_

Est-ce que l'actionnaire/propriétaire 1 est un citoyen ou un résident américain aux fins de l'impôt aux États-Unis ?  Oui  Non

**Si oui**, indiquer le numéro d'identification fiscal américain (NIF) : \_\_\_\_\_

Est-ce que l'actionnaire/propriétaire 1 est résident d'une juridiction autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt ?  Oui  Non

**Si oui**, inscrire le pays et le numéro d'identification fiscal étranger : \_\_\_\_\_

#### Actionnaire/Propriétaire 2

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ % de participation ou de contrôle \_\_\_\_\_

Adresse (n°, rue, appartement) \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/État \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Code postal/Code ZIP \_\_\_\_\_

Est-ce que l'actionnaire/propriétaire 2 est un citoyen ou un résident américain aux fins de l'impôt aux États-Unis ?  Oui  Non

**Si oui**, indiquer le numéro d'identification fiscal américain (NIF) : \_\_\_\_\_

Est-ce que l'actionnaire/propriétaire 2 est résident d'une juridiction autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt ?  Oui  Non

**Si oui**, inscrire le pays et le numéro d'identification fiscal étranger : \_\_\_\_\_

#### 8.4 RENSEIGNEMENTS SUR LES BÉNÉFICIAIRES EFFECTIFS DES PERSONNES MORALES, DES SOCIÉTÉS OU DES ORGANISMES SANS BUT LUCRATIF (suite)

##### Actionnaire/Propriétaire 3

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ % de participation ou de contrôle \_\_\_\_\_

Adresse (n°, rue, appartement) \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/État \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Code postal/Code ZIP \_\_\_\_\_

Est-ce que l'actionnaire/propriétaire 3 est un citoyen ou un résident américain aux fins de l'impôt aux États-Unis ?  Oui  Non

**Si oui**, indiquer le numéro d'identification fiscal américain (NIF) : \_\_\_\_\_

Est-ce que l'actionnaire/propriétaire 3 est résident d'une juridiction autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt ?  Oui  Non

**Si oui**, inscrire le pays et le numéro d'identification fiscal étranger : \_\_\_\_\_

##### Actionnaire/Propriétaire 4

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ % de participation ou de contrôle \_\_\_\_\_

Adresse (n°, rue, appartement) \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/État \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Code postal/Code ZIP \_\_\_\_\_

Est-ce que l'actionnaire/propriétaire 4 est un citoyen ou un résident américain aux fins de l'impôt aux États-Unis ?  Oui  Non

**Si oui**, indiquer le numéro d'identification fiscal américain (NIF) : \_\_\_\_\_

Est-ce que l'actionnaire/propriétaire 4 est résident d'une juridiction autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt ?  Oui  Non

**Si oui**, inscrire le pays et le numéro d'identification fiscal étranger : \_\_\_\_\_

#### 8.5 RENSEIGNEMENT SUR LES ADMINISTRATEURS DES PERSONNES MORALES ET DES ORGANISMES SANS BUT LUCRATIF

**Administrateur 1:** \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

**Administrateur 2:** \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

**Administrateur 3:** \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

**Administrateur 4:** \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

#### 8.6 RENSEIGNEMENTS SUR LES ORGANISMES SANS BUT LUCRATIF

Le preneur est-il un organisme de bienfaisance enregistré auprès de l'Agence du revenu du Canada ?  Oui  Non

**Si oui**, indiquer le numéro : \_\_\_\_\_

**Si non**, est-ce que le preneur sollicite des dons de bienfaisance auprès du public ?  Oui  Non

**8.7 PROPRIÉTÉ, CONTRÔLE ET STRUCTURE<sup>4</sup>**

Fournir les renseignements ou joindre les documents établissant la propriété, le contrôle et la structure de l'entité.

---



---



---

Note 4: Vous devez indiquer quelle est la personne qui détient ultimement la personne morale ou une autre entité et qui en a le contrôle, et quelle est la structure organisationnelle. Un organigramme de l'entité doit être joint pour les structures plus complexes.

**9. SIGNATAIRES AUTORISÉS**

Veuillez cocher la case correspondant à la situation applicable.

- Le ou les signataires autorisés à agir pour et au nom du preneur sont ceux mentionnés dans la résolution ci-jointe (veuillez joindre l'Extrait de résolution pertinent émanant des livres et registres du preneur).
- Le ou les signataires autorisés à agir pour et au nom du preneur sont ceux mentionnés dans la résolution incluse dans la présente adhésion (veuillez remplir le modèle de résolution figurant en annexe de la présente adhésion).

**10. DÉCLARATIONS DU PRENEUR**

J'ai vérifié les renseignements contenus dans cette demande et je les certifie vrais et complets.

Je confirme que je suis dûment autorisé à signer pour le compte du preneur/entité et que les documents que j'ai fournis, y compris ceux joints au présent formulaire, sont exacts, à jour et complets.

Je confirme que mon conseiller m'a fourni tous les renseignements pertinents sur les produits demandés, notamment quant aux rendements garantis ou non garantis des sommes investies, quant à la garantie du capital à l'échéance et quant aux frais et pénalités applicables, le cas échéant. Je reconnais également que mon conseiller m'a fourni des explications satisfaisantes à cet égard.

Je demande l'établissement du contrat rente-épargne sur la base de ces renseignements.

Fait à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

**SIGNATURES**

Nom du signataire en lettres moulées	
Titre ou fonction	Signature du signataire autorisé
Nom du signataire en lettres moulées	
Titre ou fonction	Signature du signataire autorisé
Nom du signataire en lettres moulées	
Titre ou fonction	Signature du signataire autorisé
Nom du conseiller en lettres moulées	
	Signature du conseiller

## 11. RÉOLUTION

Nom du preneur : \_\_\_\_\_  
Dénomination sociale complète

### IL EST RÉSOLU QUE :

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, **président(e) et actionnaire unique** du preneur susmentionné, suis la seule personne autorisée à signer toute adhésion, toute instruction ou tout autre document de quelque nature que ce soit relatif à tout contrat rente-épargne non enregistrée souscrit ou à souscrire de **La Capitale assureur de l'administration publique inc.**

Veuillez choisir une des deux options

### OU

Les personnes suivantes sont les seules autorisées par le preneur susmentionné à signer toute adhésion, toute instruction ou tout autre document de quelque nature que ce soit relatif à tout contrat rente-épargne non enregistrée souscrit ou à souscrire de **La Capitale assureur de l'administration publique inc.**

Nom	Titre	Signature
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

La signature d'une seule de ces personnes est requise.

### OU

Les signatures de toutes ces personnes sont requises.

### SIGNATURE DU SECRÉTAIRE OU DU PRÉSIDENT (obligatoire)

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_,  secrétaire,  président(e) ou  secrétaire et président(e) du preneur, certifie par la présente que ce qui précède est une copie conforme et exacte d'une résolution adoptée par le conseil d'administration le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ et que cette résolution est en vigueur.

*X*

\_\_\_\_\_  
 Signature

**La Capitale assureur de l'administration publique inc.**  
 625, rue Jacques-Parizeau, Québec (Québec) G1R 2G5  
 Téléphone : 418 528-2211 ou 1800 463-4433 • Courriel : gfi@lacapitale.com



## 12. SECTION RÉSERVÉE AU CONSEILLER

Je ne possède pas de code de conseiller. Il s'agit de ma première demande d'adhésion.

Nom du conseiller	Code du conseiller	Agent général	Code de l'agent général

Courriel

Téléphone au travail

N° de poste

À remplir lors d'un partage de commission

Nom du conseiller	Code du conseiller	Partage %	Agent général	Code de l'agent général

Nom du conseiller	Code du conseiller	Partage %	Agent général	Code de l'agent général

Nom du conseiller	Code du conseiller	Partage %	Agent général	Code de l'agent général