



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; height: 20px;"> <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

Numéro 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) ¹			

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

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 (OBLIGATOIRE À L'ADHÉSION)

Les sections 8.4, 8.5, 8.6 et 8.7 sont obligatoires à l'adhésion et elles sont remplies selon le type d'entité.

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 (OBLIGATOIRE À L'ADHÉSION)

8.2 DÉTERMINATION QUANT AU TIERS (OBLIGATOIRE À L'ADHÉSION)

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 :

_____ Date de naissance:

--	--	--	--	--

 Nom complet du tiers Année Mois Jour

_____ Profession ou activité principale
 Lien avec le preneur

_____ 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 (OBLIGATOIRE À L'ADHÉSION)

- 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 STRUCTURE⁴

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



 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