

La Capitale 

Demande
d'adhésion – instruction

Rente épargne CELI

Est-ce un nouveau client ? Oui **Si oui**, remplir la section Identification du preneur
 Non **Si non**, inscrire le n° de client : _____
 Conseiller FundSERV

1. IDENTIFICATION DU PRENEUR

À remplir uniquement si le preneur est un nouveau client ou s'il y a un changement à un ou plusieurs renseignements.

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

Je suis membre de l'administration publique québécoise et je travaille pour l'organisme mentionné ci-dessous. _____ Numéro d'employé _____

Mon conjoint ou ma conjointe _____ est membre de l'administration publique québécoise et travaille pour l'organisme mentionné ci-dessous. _____ Numéro d'employé _____

Nom de l'employeur

Adresse de l'employeur

2. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES

Bénéficiaire révocable/irrévocable : La désignation de bénéficiaire est révocable à moins d'indication contraire. Au Québec, toutefois, si le preneur désigne la personne à laquelle il est marié ou uni civilement comme bénéficiaire, cette désignation est réputée irrévocable à moins que le preneur n'ait indiqué qu'il souhaite qu'elle soit RÉVOCABLE.

La désignation d'un bénéficiaire irrévocable entraîne des conséquences importantes. Notamment, le consentement de celui-ci sera nécessaire pour le remplacer ou pour effectuer certaines modifications ou transactions. Il est à noter qu'un bénéficiaire irrévocable mineur ne peut consentir à une modification ou à une transaction et ni les parents ni le tuteur ne peuvent signer à cette fin au nom de ce bénéficiaire irrévocable mineur.

Bénéficiaire mineur : À l'extérieur du Québec, si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est recommandé de nommer un fiduciaire. En nommant un fiduciaire, la prestation sera payable au fiduciaire qui la détiendra en fiducie pour le bénéficiaire mineur jusqu'à ce que celui-ci atteigne sa majorité (sans objet au Québec). Tout montant payable à un bénéficiaire devenu majeur sera payable directement à ce dernier. Au Québec, c'est le tuteur du bénéficiaire mineur qui recevra la prestation payable à moins qu'une fiducie officielle n'ait été créée.

Bénéficiaire subsidiaire : Si le bénéficiaire précède le preneur, la prestation prévue sera payable au bénéficiaire subsidiaire.

Succession ou Désignation

BÉNÉFICIAIRE					
Prénom et nom	Lien avec le preneur	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Révocable	Irrévocable	Quote-part Total 100 %
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE					
Prénom et nom	Lien avec le preneur	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Révocable	Irrévocable	Quote-part Total 100 %
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3. PROVENANCE DES FONDS

Débits préautorisés (DPA) (Remplir la section « Accord de débits préautorisés (DPA) »)

- Prélèvement unique
- Prélèvements périodiques (PAC)

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

Virement d'une autre institution ou d'un employeur (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 ou de l'employeur
\$		
\$		
\$		
\$		

Virement d'un compte à un autre compte de La Capitale (par ex. : d'un régime non enregistré à un CELI)

Provenance des fonds: _____
Nom ou numéro de régime

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 _____ \$

Prêt B2B: _____ \$
Montant

4. INSTRUCTION DE PLACEMENT

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

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

Certificats de placement garanti	Montant (\$, %) – 500 \$ minimum par compte		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)	

Les comptes d'investissement La Capitale rachetables (R) ¹	Code Pour les frais à l'achat (série 200), inscrire le % de frais		Montant (\$, %) – 500 \$ minimum par compte, 100 \$ minimum par dépôt subséquent		
		%	Dépôt périodique	Dépôt comptant	Dépôt transfert
		%			
		%			
		%			
		%			
		%			
		%			
		%			
		%			

1. Placement rachetable sous réserve des frais et pénalités applicables
2. Annuelle, Semestrielle, Trimestrielle, Mensuelle
3. QUT = Compte à intérêt quotidien, DDI = Dépôt direct – Veuillez remplir les renseignements sur le compte bancaire ci-dessous :



 Numéro de succursale Numéro de l'institution Numéro du compte Numéro de succursale Numéro de l'institution Numéro du compte

5. MISE EN GARDE

Les montants investis dans les comptes d'investissement La Capitale ne sont pas garantis, sauf en cas de décès du preneur. Votre investissement est effectué auprès de l'Assureur et vous n'acquiescez aucun droit dans les titres du fonds de référence. Les montants investis dans ce compte sont placés dans les fonds généraux de l'Assureur. Les montants investis sont subdivisés par l'Assureur en unités. Ces unités ne sont pas des valeurs mobilières et sont établies uniquement aux fins de faciliter le suivi des fluctuations futures de la valeur de votre investissement. L'Assureur établit la valeur initiale des unités qui vous sont attribuées lors de votre investissement. Le rendement du compte est lié à la performance du fonds de référence. Le rendement du fonds de référence fluctue selon la valeur de marché des titres qui le composent. Ainsi, le solde de ce compte peut, selon la performance du fonds de référence, augmenter ou diminuer chaque jour et même devenir inférieur aux montants investis si le rendement net des frais de gestion est négatif. Si le fonds de référence devenait non disponible ou cessait, pour quelque raison que ce soit, d'être utilisé par l'Assureur à titre de fonds de référence, ce dernier se réserve le droit de le remplacer par un autre fonds de référence qu'il estime similaire ou de déterminer le taux de rendement applicable.

Date de transaction: Sauf dans certaines circonstances, la date d'une transaction d'achat ou de rachat sera établie le jour ouvrable où la demande est reçue au siège de l'Assureur ou traitée dans le système d'exploitation FundSERV sous réserve qu'elle soit reçue **avant 16 h**, heure de l'Est, et qu'elle soit complète, dûment signée et accompagnée, le cas échéant, des sommes requises. Toute demande reçue **après 16 h**, heure de l'Est, sera considérée comme étant reçue le jour ouvrable suivant. L'Assureur se réserve le droit de modifier, sans préavis, la date d'établissement des transactions.

Frais de rachat et de transfert: Ce placement est rachetable et transférable en tout temps, sous réserve des frais de rachat, le cas échéant, et des frais de transfert applicables.

6. GARANTIE DE TAUX

Advenant que le taux utilisé pour la cotation ou l'exposé, le cas échéant, ne corresponde pas à celui prescrit par l'Assureur ou qu'une donnée ayant servi à établir la rente s'avère fautive, l'Assureur se réserve le droit d'ajuster la rente au taux prescrit ou selon la donnée véritable.

La politique d'attribution de taux consiste à garantir au client le taux à la signature pourvu que l'écart entre cette date et la réception des sommes n'excède pas les limites établies.

- La limite établie correspond à l'écart entre la date de la signature et la réception des sommes. L'écart ne doit pas excéder 12 jours. Par contre, pour un transfert d'une autre institution, l'écart ne doit pas excéder 60 jours.
- Si cette condition n'est pas respectée, c'est le taux en vigueur à la réception des sommes qui sera attribué.
- La garantie de taux ne s'applique pas pour un produit CPG Indice-Action. Le taux et les conditions seront ceux en vigueur à la réception des documents.

7. ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)

Le payeur ne peut être différent du preneur.

Coordonnées du payeur

Sexe : M F

Nom _____ Prénom _____ Profession _____

Adresse (n°, rue, appartement) _____ Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

Téléphone à la résidence _____ Téléphone au travail _____ N° de poste _____ Adresse électronique (courriel) _____

Langue de correspondance : Français Anglais

PRÉLÈVEMENT UNIQUE : _____ \$
Montant du prélèvement unique

PRÉLÈVEMENTS PÉRIODIQUES : _____ \$ – **Fréquence des prélèvements périodiques :** Cochez un seul choix.

Aux deux semaines (14 jours) débutant le _____

Une fois par mois, le _____ de chaque mois.

Type de DPA : personnel

RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE BANCAIRE – Remplir comme l'exemple ci-dessous :

00005	231	2345	23456			
Numéro de succursale	Numéro de l'institution	Numéro du compte	Numéro de succursale	Numéro de l'institution	Numéro du compte	

RENONCIATION : Je renonce à mon droit de recevoir un préavis du montant ou de la date du DPA ainsi qu'à mon droit de recevoir un préavis de tout changement du montant ou de la date du DPA.

MODIFICATION : Vous devez aviser l'Assureur de toute modification à cet accord de DPA au moins 10 jours avant la date du prochain prélèvement.

ANNULATION : Cet accord peut être annulé sur réception par l'Assureur d'un préavis d'au moins 10 jours avant la date prévue du prochain DPA. Pour obtenir un formulaire d'annulation ou pour de plus amples renseignements sur le droit d'annulation du présent accord, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.cdnpay.ca.

RECOURS ET REMBOURSEMENT : Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.cdnpay.ca.

AUTORISATION

J'autorise l'Assureur ou son mandataire à porter au débit du compte bancaire figurant sur le spécimen de chèque ci-joint ou du compte bancaire ci-après identifié, le ou les montants indiqués dans le présent accord.

 _____
Signature du payeur

_____ Date (AAAA/MM/JJ)

La Capitale assureur de l'administration publique
625, rue Jacques-Parizeau, Québec (Québec) G1R 2G5
Téléphone : 418 528-2211 ou 1 800 463 4433
Courriel : gfi@lacapitale.com

8. DÉCLARATIONS DU PRENEUR ET DEMANDE D'ENREGISTREMENT

- J'ai vérifié les renseignements contenus dans cette demande et je les certifie vrais et complets.
- Je reconnais avoir lu et compris le texte de la section Mise en garde.
- Je demande l'établissement du contrat rente-épargne CELI sur la base de ces renseignements et je reconnais que je suis responsable des conséquences fiscales découlant de cotisations excédant mes droits inutilisés au CELI.

Formulaire d'autorisation limitée (FAL) (Remplir cette section uniquement si les parties concernées ont déjà signé ce formulaire pour un autre régime)

- Je déclare par les présentes avoir signé un formulaire d'autorisation limitée (FAL) pour le régime existant n° 50 _____ autorisant le conseiller en sécurité financière dans la présente demande à soumettre certaines transactions à l'Assureur en mon nom. En inscrivant le nom de ce régime, je demande que ce formulaire d'autorisation limitée (FAL) s'applique aussi au Régime établi en vertu de la présente demande.

Demande d'enregistrement

- Je consens à ce que l'Assureur produise auprès du ministre du Revenu national une demande d'enregistrement de ce contrat à titre de compte d'épargne libre d'impôt au sens des lois fiscales, et ce, selon les modalités prescrites.

Faites à : _____ ce _____ jour de _____ 20 _____.

X

Signature du preneur

Norm du preneur en lettres moulées

X

Signature du conseiller en sécurité financière

Norm du conseiller en sécurité financière en lettres moulées

Adresse électronique

Téléphone

9. 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

1. IDENTIFICATION DU PRENEUR

N° client : 3 _____ - _____ - _____ OU N° contrat : 5 _____

Nom Prénom

2. IDENTIFICATION DU RÉGIME VISÉ

Non enregistré REER REER au conjoint CRI/RERI FERR FERR au conjoint FRV/FERR prescrit CELI FRVR REIR

3. TYPES DE TRANSACTIONS ET D'OPÉRATIONS

Par ce formulaire d'autorisation limitée (FAL), vous autorisez votre conseiller en sécurité financière (le conseiller) à donner à La Capitale assureur de l'administration publique inc. (l'Assureur) les instructions nécessaires pour procéder aux opérations suivantes en votre nom dans le contrat rente épargne couvert par ce FAL :

- Effectuer un virement intercompte pour tous les types de placement ;
- Modifier la répartition des placements investis par Accord de débits préautorisés (DPA) ;
- Effectuer des retraits/rachats (partiels ou totaux) ;
- Modifier tous les types de placement avant ou à leur échéance ;
- Changer l'adresse du domicile du preneur ;
- Annuler ou modifier une date de débit, une fréquence de débit ou un montant de l'Accord de débits préautorisés (DPA) ;
- Procéder à des dépôts additionnels effectués par chèque personnel du preneur ;
- Effectuer un prélèvement unique lorsque le consentement écrit du preneur a déjà été obtenu pour démarrer un Accord de débits préautorisés (DPA) et que le prélèvement s'effectue dans le même compte bancaire que le DPA.

Exclusions du FAL :

- Démarrer les débits préautorisés (DPA) ;
- Modifier les coordonnées bancaires (incluant toutes les transactions combinées telles qu'un retrait et/ou un prélèvement avec modifications des coordonnées bancaires).

Renonciation : le payeur renonce à son droit de recevoir un préavis du montant ou de la date du DPA ainsi qu'à son droit de recevoir un préavis de tout changement du montant ou de la date du DPA.

Il est toutefois interdit au conseiller d'effectuer des transactions discrétionnaires en votre nom, c'est-à-dire de donner quelque instruction que ce soit sans avoir obtenu au préalable une autorisation spécifique de votre part pour chacune des instructions et rien dans ce FAL ne confère au conseiller un tel pouvoir. Il est de votre obligation de lire attentivement ce FAL et de le signer. À défaut d'obtenir la signature du preneur, ce FAL n'aura aucune validité.

4. AUTORISATION DU PRENEUR

1. Je, _____, autorise par ce FAL, _____
(nom du preneur) (nom du conseiller)

- à fournir des instructions en mon nom à l'Assureur et à signer tout document pertinent se rattachant aux opérations permises énumérées dans la section 3 de ce FAL, conformément aux instructions spécifiques que j'aurai données pour chacune des opérations.
- 2. Je reconnais qu'après réception par l'Assureur de la copie originale de ce FAL, l'Assureur pourra s'en remettre à ce FAL pour effectuer des opérations demandées en mon nom. Je reconnais être responsable de tous les frais découlant de ces transactions. De plus, je reconnais en vertu de ce FAL qu'en fournissant des instructions au conseiller et à l'Assureur, j'assume les mêmes droits et obligations que si j'avais moi-même fourni par écrit les instructions au conseiller ou à l'Assureur.
- 3. Je reconnais par les présentes que l'Assureur ne sera d'aucune façon responsable de quelque réclamation, demande ou action qui pourrait être soumise ou intentée par mes héritiers, mes bénéficiaires, mes liquidateurs ou administrateurs successoraux ou par quelque tiers et qui découlerait du fait que l'Assureur ait agi ou s'en soit remis à des instructions données en vertu de ce FAL.
- 4. Ce FAL est valide jusqu'à ce que je transmette une demande d'annulation écrite au siège social de l'Assureur. De plus, ce FAL prendra fin immédiatement à mon décès, lors de ma faillite, lorsque l'Assureur recevra une preuve de mon inaptitude mentale ou à la suite d'un changement de conseiller dans le dossier touchant le contrat de rente-épargne couvert par ce FAL.
- 5. Ce FAL annule et remplace tout autre FAL que j'aurais accordé antérieurement à l'égard du contrat rente-épargne couvert par le présent FAL.
- 6. L'Assureur peut, à sa discrétion, refuser d'accepter ou d'effectuer des opérations en vertu de ce FAL.
- 7. Dans l'éventualité où le conseiller mentionné au présent FAL interagit avec la plateforme Fundserv[†], je reconnais et j'accepte que les instructions nécessaires pour procéder aux opérations permises dans la section 3 du présent FAL soient données directement à l'agent général gestionnaire sous la responsabilité duquel agit le conseiller, lequel effectuera lesdites opérations. De plus, je reconnais et j'accepte que l'ensemble des conditions énoncées au présent FAL s'appliquent auxdites transactions.
- 8. Le présent FAL ne peut être transféré à un autre conseiller sans qu'une autorisation écrite ait d'abord été obtenue à cet effet.
- 9. Je reconnais avoir lu et compris les conditions de ce FAL et je les accepte.

Signé à : _____ ce _____ jour de _____ 20 _____.



Signature du preneur



Signature du bénéficiaire irrévocable, s'il y a lieu

Nom du bénéficiaire irrévocable en lettres moulées, s'il y a lieu

[†] Fundserv est un réseau électronique d'entreprises à entreprises doté d'applications de traitement des transactions de classe mondiale, au service des différents participants de l'industrie canadienne des fonds.

5. AUTORISATION DU CONJOINT COTISANT (REER AU CONJOINT)

Je, _____, autorise _____
(nom du conjoint cotisant) (nom du conseiller)

à fournir des instructions en mon nom à l'Assureur et à signer tout document pertinent se rattachant aux opérations suivantes :

- Annuler ou modifier une date de débit, une fréquence de débit ou un montant de l'Accord de débits préautorisés (DPA) ;
- Effectuer un prélèvement unique lorsque le consentement écrit du conjoint cotisant a été obtenu pour démarrer un DPA et que le prélèvement s'effectue dans le même compte bancaire que le DPA ;
- Procéder à des dépôts additionnels effectués par chèque personnel du conjoint cotisant.

Exclusions du FAL :

- Démarrer les débits préautorisés (DPA) ;
- Modifier les coordonnées bancaires (incluant toutes les transactions combinées telles qu'un retrait et/ou un prélèvement avec modifications des coordonnées bancaires).

Renonciation : je renonce à mon droit de recevoir un préavis du montant ou de la date du DPA ainsi qu'à mon droit de recevoir un préavis de tout changement du montant ou de la date du DPA.

Il est toutefois interdit au conseiller d'effectuer des transactions discrétionnaires en votre nom, c'est-à-dire de donner quelque instruction que ce soit sans avoir obtenu au préalable une autorisation spécifique de votre part pour chacune des instructions et rien dans ce FAL ne confère au conseiller un tel pouvoir. Il est de votre obligation de lire attentivement ce FAL et de le signer. À défaut d'obtenir la signature du preneur, ce FAL n'aura aucune validité.

1. Je reconnais par les présentes que l'Assureur ne sera d'aucune façon responsable de quelque réclamation, demande ou action qui pourrait être soumise ou intentée par mes héritiers, mes liquidateurs ou administrateurs successoraux ou par quelque tiers et qui découlerait du fait que l'Assureur ait agi ou s'en soit remis à des instructions données en vertu de la présente section.
2. Je reconnais qu'après réception par l'Assureur de la copie originale de ce FAL, l'Assureur pourra s'en remettre à ce FAL pour effectuer des opérations demandées en mon nom. Je reconnais être responsable de tous les frais découlant de ces transactions. De plus, je reconnais en vertu de ce FAL qu'en fournissant des instructions au conseiller et à l'Assureur, j'assume les mêmes droits et obligations que si j'avais moi-même fourni par écrit les instructions au conseiller ou à l'Assureur.
3. Le présent FAL est valide jusqu'à ce que je transmette une demande d'annulation écrite au siège social de l'Assureur. De plus, cette autorisation prendra fin immédiatement à mon décès, lors de ma faillite, lorsque l'Assureur recevra une preuve de mon inaptitude mentale ou à la suite d'un changement de conseiller dans le dossier touchant le contrat de rente-épargne couvert par la présente autorisation.
4. Ce FAL annule et remplace toute autre autorisation que j'aurais accordée antérieurement à l'égard de du contrat rente-épargne couvert par le présent FAL.
5. L'Assureur peut, à sa discrétion, refuser d'accepter ou d'effectuer des opérations en vertu de cette autorisation.
6. Dans l'éventualité où le conseiller interagit avec la plateforme Fundserv†, je reconnais et j'accepte que les instructions nécessaires pour procéder aux opérations permises dans la présente section seront données directement à l'agent général gestionnaire sous la responsabilité duquel agit le conseiller, lequel effectuera lesdites opérations. De plus, je reconnais et j'accepte que l'ensemble des conditions énoncées à la présente section s'appliquent auxdites transactions.
7. Le présent FAL ne peut être transféré à un autre conseiller sans qu'une autorisation écrite ait d'abord été obtenue à cet effet.
8. Je reconnais avoir lu et compris les conditions de la présente section et je les accepte.

Signé à : _____ ce _____ jour de _____ 20 _____.


Signature du conjoint cotisant

6. DÉCLARATION DU CONSEILLER

Je reconnais avoir lu ce FAL et l'autorisation décrite aux sections 4 et 5 avec le preneur et le conjoint cotisant, s'il y a lieu. J'accepte de respecter les conditions de ce FAL et de l'autorisation telles qu'elles sont spécifiées ci-dessus et d'agir conformément à ceux-ci. Dans l'éventualité où j'interagis avec la plateforme Fundserv†, je reconnais que l'ensemble des conditions énoncées au présent FAL et dans l'autorisation s'appliquent aux instructions données directement à mon agent général gestionnaire et je m'engage à les respecter. En aucun temps, ce FAL ne peut être cédé à un autre conseiller sans avoir d'abord obtenu l'autorisation écrite du preneur et du conjoint, s'il y a lieu.

Je m'engage également à indemniser le preneur, le conjoint cotisant, s'il y a lieu et La Capitale pour toute réclamation, responsabilité, préjudice ou frais, y compris les frais juridiques, pouvant résulter de la transmission par nous-mêmes ou interagissant avec la plateforme Fundserv†, d'instructions non autorisées par le preneur ou le conjoint cotisant ou non conformes à ces dernières.

Nom du conseiller en sécurité financière Code


Signature du conseiller en sécurité financière Date (AAAA/MM/JJ)

† Fundserv est un réseau électronique d'entreprises à entreprises doté d'applications de traitement des transactions de classe mondiale, au service des différents participants de l'industrie canadienne des fonds.