



**La Capitale**

Assureur de  
l'administration publique

Demande  
d'adhésion – instruction

Non enregistré, RER,  
FRR, CRI (QC), FRV, Rente,  
Rente viagère différée,  
Rente viagère  
différée-CRI (QC)

# Demande d'adhésion – instruction

## Non enregistré, RER, FRR, CRI (QC), FRV, Rente, Rente viagère différée, Rente viagère différée-CRI (QC)

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	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)	Langue de correspondance : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		
<input type="checkbox"/> Je suis membre de l'administration publique et je travaille pour l'organisme mentionné ci-dessous. _____ <span style="float: right;">Numéro de l'employé</span>				
<input type="checkbox"/> Mon conjoint ou ma conjointe _____ est membre de l'administration publique et travaille pour l'organisme mentionné ci-dessous. _____ <span style="float: right;">Numéro de l'employé</span>				
_____ Nom de l'employeur				
_____ Adresse de l'employeur				

### 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME (cocher obligatoirement un seul choix)

CRI et FRV de juridiction hors Québec : utiliser le formulaire T052 Régime pancanadien

- Non enregistré**
- RER** – Preneur cotisant OU  **RER** – Conjoint cotisant<sup>1</sup>
- FRR** – Preneur cotisant OU  **FRR** – Conjoint cotisant<sup>1</sup>
- Compte de retraite immobilisé (CRI)**  Participant ou ancien participant (régime de retraite)<sup>1</sup>  
 Constituant (à la suite d'une rupture de mariage ou d'un décès)<sup>2</sup>
- FRV**  Participant ou ancien participant (régime de retraite)<sup>1</sup>  
 Constituant (à la suite d'une rupture de mariage ou d'un décès)<sup>2</sup>
- Rente immédiate**
- Rente viagère différée** – Non offerte au conjoint cotisant
- Rente viagère différée-CRI (QC)** – Non offerte au conjoint cotisant  Participant ou ancien participant (régime de retraite)<sup>1</sup>  
 Constituant (à la suite d'une rupture de mariage ou d'un décès)<sup>2</sup>

1. Remplir la section Identification du conjoint

2. Joindre une copie du jugement de divorce ou de séparation ou une copie de l'acte de décès

### 3. IDENTIFICATION DU CONJOINT

À remplir dans les cas suivants :

- RER ou FRR conjoint, FRR ou FRV lorsque le calcul du minimum est basé sur l'âge du conjoint
- Rente immédiate lorsque le choix est une rente viagère réversible ou que la période garantie est calculée sur l'âge du conjoint
- CRI, FRV, Rente viagère différée-CRI, lorsqu'il s'agit d'un participant ou d'un ancien participant

Nom	Prénom	Profession		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)	Langue de correspondance : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		



## 6. OPTIONS DE VERSEMENTS FRR ET FRV

Le calcul du montant minimum des versements est-il basé sur l'âge du conjoint ?  Oui  Non **Si oui**, remplir la section Identification du conjoint.

**Choix du versement périodique :** (cocher un seul choix)

Minimum selon la loi  
 Maximum selon la loi (FRV seulement)  
 Nivelé sur \_\_\_\_\_ année(s)  
 Fixe  
 Brut \_\_\_\_\_ \$  
 Net \_\_\_\_\_ \$

**Fréquence du versement :**

Annuelle  
 Semestrielle  
 Trimestrielle  
 Mensuelle

Date du 1<sup>er</sup> versement (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

Exemption d'impôt sur le minimum :  Oui  Non

**Document requis :**

- Spécimen de chèque, car le versement sera effectué par dépôt direct

## 7. RENTE IMMÉDIATE (non disponible pour la rente viagère différée et la rente viagère différée-CRI)

### Choix de la rente

Prendre note que les rentes immédiates ne sont jamais rachetables.

Rente certaine enregistrée (non disponible pour le CRI et le FRV)  
**La période garantie ne peut excéder 90 ans moins l'âge du preneur ou du conjoint s'il est plus jeune**

Rente certaine non enregistrée  
 Rente viagère non enregistrée  
**La période garantie ne peut excéder 90 ans moins l'âge du preneur**

Rente viagère enregistrée  
 Rente viagère réversible enregistrée<sup>1</sup>  
 Rente viagère réversible non enregistrée  
**La période garantie ne peut excéder 90 ans moins l'âge du preneur ou du conjoint s'il est plus jeune**

1. Remplir la section Identification du conjoint

### Décaissement de la rente

Date du 1<sup>er</sup> versement (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

**Fréquence** (cocher un seul choix) :  Annuelle  Semestrielle  Trimestrielle  Mensuelle

**Période garantie** (cocher un seul choix) :  5 ans  10 ans  15 ans  90 ans moins l'âge du preneur  90 ans moins l'âge du conjoint<sup>1</sup>  Autre : \_\_\_\_\_

Pourcentage d'indexation : \_\_\_\_\_ % (Le taux d'indexation maximum est de 4 %)

Pourcentage de réversibilité : \_\_\_\_\_ % (À remplir si la rente est une rente viagère réversible)

1. Remplir la section Identification du conjoint

### Versement de la rente

Le montant mentionné à la présente section peut être différent du montant réel de la rente qui vous sera versée.

La rente approximative de \_\_\_\_\_ \$ est payable \_\_\_\_\_ (montant) \_\_\_\_\_ (fréquence) à compter du \_\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)

**Documents requis :**

- Spécimen de chèque, car le versement sera effectué par dépôt direct
- Preuve d'âge du preneur ou du conjoint (si le calcul est basé sur l'âge du conjoint) : copie du certificat de naissance, du permis de conduire ou du passeport

## 8. PROVENANCE DES FONDS

**Débets 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 REER)**

**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 _____ \$

**Conversion d'un régime existant chez l'Assureur (par ex.: convertir un REER en FEER)**

**Nom ou numéro de régime:** \_\_\_\_\_

Cochez un seul choix:  **Total** – Fermeture du régime:  Oui  Non **OU**  **Partiel** – Indiquez le ou les comptes :

\_\_\_\_\_  
Numéro de compte Numéro de compte Numéro de compte Numéro de compte Numéro de compte

**Prêt B2B:** \_\_\_\_\_ \$  
Montant

## 9. INSTRUCTION DE PLACEMENT – NE PAS REMPLIR S'IL S'AGIT DE LA CONVERSION D'UN RÉGIME EXISTANT REER OU CRI EN FERR OU FRV

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

Compte à intérêt quotidien rachetable (R) <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup> , NR)
	Dépôt comptant	Dépôt transfert			Fréquence <sup>2</sup> (A, S, T, M)	Versement <sup>3</sup> (QUT, DDI)	

Les comptes d'investissement La Capitale rachetables (R) <sup>1</sup>	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 :

■■ 243 ■■    ■:00005■■ 23 ■:    ■ 2345 ■■ 23456 ■■			
Numéro de succursale    Numéro de l'institution    Numéro du compte	Numéro de succursale	Numéro de l'institution	Numéro du compte

## 10. 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'acquiessez 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.

## 11. 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. Pour les rentes de retraite, il s'agit d'une table de taux plutôt qu'un taux.

- La limite établie correspond à l'écart entre la date de la signature et la réception des sommes (à la condition que le chèque soit encaissable avant l'expiration de ce délai). L'écart ne doit pas excéder 12 jours. Par contre, pour un virement 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 à un CPG Indice-Action. Le taux et les conditions seront ceux en vigueur à la réception des documents.

**SECTION OBLIGATOIRE POUR LE RÉGIME NON ENREGISTRÉ SEULEMENT**

**12. RENSEIGNEMENTS REQUIS EN VERTU DE LA LOI SUR LE RECYCLAGE DES PRODUITS DE LA CRIMINALITÉ ET LE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS TERRORISTES (BLANCHIMENT D'ARGENT)**

**12.1 Vérification de l'identité du preneur – Obligatoire lors de l'adhésion**

**12.1.1 Le conseiller est en présence du preneur**

La carte d'assurance maladie ne peut pas être utilisée dans les provinces suivantes : Ontario, Manitoba et Île-du-Prince-Édouard. Au Québec, on ne peut pas exiger la carte d'assurance maladie aux fins d'identification, mais si le preneur choisit de la présenter, elle est acceptée.

Le conseiller certifie avoir vérifié l'identité de \_\_\_\_\_  
Nom du preneur

à l'aide de la pièce d'identité suivante (avec photo) :

**Seul le document original doit être consulté.**  Passeport  Carte d'assurance maladie  
 Permis de conduire  Autre pièce d'identité avec photo délivrée par une autorité fédérale ou provinciale

Numéro du document \_\_\_\_\_ Date d'expiration (si disponible) : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Autorité de délivrance \_\_\_\_\_ Province ou pays de délivrance \_\_\_\_\_

**12.1.2 Le conseiller n'est pas en présence de :** \_\_\_\_\_  
Nom du preneur

Un chèque est requis en tout temps pour la vérification de l'identité. Si la provenance des fonds est Débits préautorisés (DPA), le premier paiement doit être effectué par chèque.

**12.2 Détermination quant au tiers – Obligatoire lors de l'adhésion**

**Est-ce que le preneur 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 principale activité \_\_\_\_\_

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

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

**12.3 Vérification de la classification fiscale – Obligatoire lors de l'adhésion**

**12.3.1 Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)**

**Est-ce que le preneur est un citoyen ou un résident américain aux fins de l'impôt sur le revenu aux États-Unis?**  Oui  Non

Si oui, inscrire le numéro d'identification fiscal américain du preneur : \_\_\_\_\_  
Numéro d'identification

**12.3.2 Norme commune de déclaration (NCD)**

**Est-ce que le preneur est un 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 du preneur.

\_\_\_\_\_ Numéro d'identification \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

## 12.4 Détermination des personnes politiquement vulnérables et des dirigeants d'une organisation internationale – Obligatoire lors d'une adhésion ou d'instruction

Le versement effectué représente-t-il une somme forfaitaire de 100 000 \$ ou plus, quel que soit la provenance des fonds?  Non  Oui  
Si oui, remplir les sections ci-dessous.

### 12.4.1 Étranger politiquement vulnérable (EPV)

Est-ce que le preneur ou un membre de sa famille immédiate (voir la section 12.4.4) occupe ou a déjà occupé l'une des fonctions suivantes au sein d'un État étranger ou pour son compte?  Non  Oui – Si oui, indiquer la fonction, l'État étranger où cette fonction est ou a été occupée, identifier le membre de la famille concerné et la provenance des fonds (voir la section 12.4.4) ayant servi à la transaction :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chef d'État ou de gouvernement  | <input type="checkbox"/> Officier ayant le rang de général ou un rang supérieur                                  |
| <input type="checkbox"/> Membre du conseil exécutif de gouvernement ou membre lors d'une assemblée législative | <input type="checkbox"/> Dirigeant d'une société ou d'une banque d'État  |
| <input type="checkbox"/> Sous-ministre ou titulaire d'une charge de rang équivalent                            | <input type="checkbox"/> Chef d'un organisme gouvernemental  |
| <input type="checkbox"/> Ambassadeur ou attaché ou conseiller d'un ambassadeur                                 | <input type="checkbox"/> Juge  |
|  | <input type="checkbox"/> Leader ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative |

État étranger : \_\_\_\_\_

### 12.4.2 National politiquement vulnérable (NPV)

Est-ce que le preneur ou un membre de sa famille immédiate (voir la section 12.4.4) occupe ou a occupé au cours des 5 (cinq) dernières années l'une des fonctions suivantes au sein du gouvernement fédéral canadien, d'un gouvernement provincial canadien ou d'une administration municipale canadienne ou pour le compte d'une de ces dernières?  Non  Oui – Si oui, identifier la fonction, le membre de la famille concerné et la provenance des fonds (voir la section 12.4.4) ayant servi à la transaction :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gouverneur général, lieutenant-gouverneur ou chef de gouvernement                   | <input type="checkbox"/> Dirigeant d'une société appartenant directement à cent pour cent à Sa Majesté du chef du Canada ou d'une province      |
| <input type="checkbox"/> Membre du Sénat ou de la Chambre des communes ou membre d'une assemblée législative | <input type="checkbox"/> Chef d'un organisme gouvernemental   |
| <input type="checkbox"/> Sous-ministre ou titulaire d'une charge de rang équivalent                          | <input type="checkbox"/> Juge d'une cour d'appel provinciale, de la Cour d'appel fédérale ou de la Cour suprême du Canada                       |
| <input type="checkbox"/> Ambassadeur ou attaché ou conseiller d'un ambassadeur                               | <input type="checkbox"/> Chef ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative                                  |
| <input type="checkbox"/> Officier ayant le rang de général ou un rang supérieur                              | <input type="checkbox"/> Maire (dirigeant d'une ville, village, municipalité rurale ou d'une agglomération urbaine, sans égard à la population) |

### 12.4.3 Dirigeant d'une organisation internationale (DOI)

Est-ce que le preneur ou un membre de sa famille immédiate (voir la section 12.4.4) occupe une des fonctions suivantes?  Non  Oui – Si oui, indiquer la fonction, identifier le membre de la famille immédiate concerné et la provenance des fonds (voir la section 12.4.4) ayant servi à la transaction :

- Dirigeant d'une organisation internationale mise sur pied par les gouvernements de différents États
- Dirigeant d'une institution créée par une organisation internationale

### 12.4.4 Membre de la famille concerné et provenance des fonds

À remplir obligatoirement si vous avez répondu « oui » aux sections 12.4.1, 12.4.2 ou 12.4.3.

Membre de la famille concerné :

- Preneur
- Membre de la famille immédiate :

Lien avec le preneur	EPV	NPV	DOI	Nom
Époux ou conjoint de fait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mère ou père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frère, demi-frère, sœur, demi-sœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mère ou père de l'époux ou du conjoint de fait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Provenance des fonds :

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Emprunt             | <input type="checkbox"/> Indemnité de départ ou boni | <input type="checkbox"/> Succession         | <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Épargne personnelle | <input type="checkbox"/> Placement                   | <input type="checkbox"/> Vente d'entreprise |  |



## 13. ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)

Le payeur peut être différent du preneur uniquement s'il s'agit d'un REER au conjoint.

### 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.

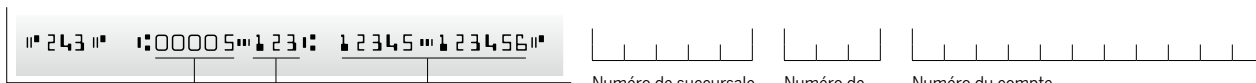
Rente viagère différée à primes périodiques : fréquence mensuelle seulement.

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 :



Numéro de succursale    Numéro de l'institution    Numéro du compte    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](http://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](http://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.

 \_\_\_\_\_ 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@lapitale.com](mailto:gfi@lapitale.com)

## 14. DÉCLARATIONS DU PRENEUR ET DEMANDE D'ENREGISTREMENT

- J'ai vérifié les renseignements contenus dans cette demande et je les certifie vrais et complets.
- Dans le cas d'une rente viagère différée ou d'une rente viagère différée-CRI, j'ai pris connaissance de l'exposé ci-joint et je reconnais que mon conseiller m'a fourni tous les renseignements nécessaires à ma compréhension de la rente viagère différée ou de la rente viagère différée-CRI, notamment quant au pourcentage des primes qui me seraient remboursées et quant aux frais et pénalités qui pourraient s'appliquer en cas de rachat avant la date de décaissement.
- Je reconnais avoir lu et compris le texte de la section Mise en garde.
- Je demande l'établissement du contrat rente-épargne sur la base de ces renseignements.

**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

- Dans le cas d'un RER, d'un CRI, d'une rente viagère différée ou d'une rente viagère différée-CRI, je demande à l'Assureur de procéder à la demande d'enregistrement de mon régime à titre de régime enregistré d'épargne-retraite en conformité avec les lois fiscales.
- Dans le cas d'un FRR et d'un FRV, je demande à l'Assureur de procéder à la demande d'enregistrement de mon fonds à titre de fonds enregistré de revenu de retraite en conformité avec les lois fiscales.

Faites à : \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

X

Signature du preneur

Nom du preneur en lettres moulées

X

Signature du conseiller en sécurité financière

Nom du conseiller en sécurité financière en lettres moulées

Adresse électronique

Téléphone

## 15. 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

## 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

## 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<sup>†</sup>, 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 \_\_\_\_\_

X

Signature du preneur

X

Signature du bénéficiaire irrévocable, s'il y a lieu

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

<sup>†</sup> 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 \_\_\_\_\_.

X

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

X

\_\_\_\_\_  
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.