

La Capitale 

Demande
d'adhésion – instruction

Non enregistré,
RER, FRR, Rente,
Rente viagère différée

Québec seulement
CRI, FRV, Rente viagère
différée-CRI

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

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	
<input type="checkbox"/> Je suis membre de l'administration publique et je travaille pour l'organisme mentionné ci-dessous.						Numéro de l'employé	
<input type="checkbox"/> Mon conjoint ou ma conjointe _____ est membre de l'administration publique et travaille pour l'organisme mentionné ci-dessous.						Numéro de l'employé	
Nom de l'employeur							
Adresse de l'employeur							

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

- Non enregistré**
- RER** – Preneur cotisant OU **RER** – Conjoint cotisant
- FRR** – Preneur cotisant OU **FRR** – Conjoint cotisant
- Compte de retraite immobilisé (CRI [QC])** Participant ou ancien participant (régime de retraite)
 Constituant (à la suite d'une rupture de mariage ou d'un décès)¹
- FRV (QC)** Participant ou ancien participant (régime de retraite)
 Constituant (à la suite d'une rupture de mariage ou d'un décès)¹
- 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)
 Constituant (à la suite d'une rupture de mariage ou d'un décès)¹

1. 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

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	

4. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES

Dans le cas d'un CRI, d'un FRV ou d'une rente viagère différée-CRI, le conjoint du preneur participant ou l'ancien participant, s'il y a lieu, a priorité sur le bénéficiaire désigné.

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 prédécède le preneur, la prestation prévue sera payable au bénéficiaire subsidiaire.

Par défaut, la succession est le bénéficiaire à moins que vous ayez désigné un ou des bénéficiaires, le cas échéant.

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					
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

5. RENTE VIAGÈRE DIFFÉRÉE OU RENTE VIAGÈRE DIFFÉRÉE-CRI

Choix du régime

À primes périodiques _____ \$ À prime unique _____ \$
montant de la prime annuelle montant de la prime unique

Garantie complémentaire

Offerte pour la rente viagère différée à primes périodiques seulement.

Exonération des primes en cas d'invalidité (EPI)
Remplir et signer le formulaire « Déclarations d'assurabilité » disponible dans le logiciel d'illustration.

Date de décaissement

_____ AAAA/MM

6. OPTIONS DE VERSEMENTS FRR ET FRV

Si aucune case n'est cochée et que la section Identification du conjoint n'est pas remplie, le calcul du montant minimum des versements sera basé sur l'âge du preneur.

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

Par défaut, il n'y a pas d'exemption d'impôt sur le minimum.

Date du 1^{er} 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 (les rentes immédiates ne sont jamais rachetables)

Choix de la rente

Non disponible pour la rente viagère différée et la rente viagère différée-CRI

- 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 enregistrée¹
- 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^{er} versement (AAAA/MM/JJ) : _____

Fréquence (cocher un seul choix) :	<input type="checkbox"/> Annuelle	Période garantie (cocher un seul choix) :	<input type="checkbox"/> 5 ans
	<input type="checkbox"/> Semestrielle		<input type="checkbox"/> 10 ans
	<input type="checkbox"/> Trimestrielle		<input type="checkbox"/> 15 ans
	<input type="checkbox"/> Mensuelle		<input type="checkbox"/> 90 ans moins l'âge du preneur
			<input type="checkbox"/> 90 ans moins l'âge du conjoint ¹
			<input type="checkbox"/> 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 _____ à compter du _____
 (montant) (fréquence) (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 permis de conduire, de la carte d'assurance-maladie ou du passeport

8. PROVENANCE DES FONDS

- Débits préautorisés (DPA)** (remplir la section « Accord de débits préautorisés (DPA) »)
 Prélèvement unique **OU** 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

Consulter le Guide des régimes immobilisés pour tout renseignement sur le déblocage et les formulaires requis.

Si les 2 cases sont cochées, la méthode suivante s'appliquera: les comptes dans le tableau seront considérés en priorité et le prorata sera appliqué sur la somme restante au besoin.

- Déblocage d'un régime immobilisé selon les formulaires requis par la juridiction ou selon le maximum éligible pour le Québec**

Provenance des fonds (nom ou numéro de régime): _____

Les comptes choisis seront réinvestis dans le REER/FERR aux mêmes conditions.

Cochez votre ou vos choix:

- Au prorata de tous les comptes d'investissement

Et/ou (s'il y a lieu)

- Inscrire les comptes désirés par priorité et indiquer s'il s'agit du montant total ou fixe. Remplir le tableau suivant.

Numéro de compte	Nom du placement	Total	Fixe en montant (\$) ou en pourcentage (%)
		<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"/>	

Si un CPG choisi n'est pas racheté en totalité, une pénalité de valeur marchande s'applique. Advenant que le solde résiduel du CPG soit inférieur à 500 \$, les sommes seront virées dans le compte à intérêt quotidien.

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. LES COMPTES D'INVESTISSEMENT NE SONT PAS OFFERTS DANS LE RÉGIME NON-ENREGISTRÉ.

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/ Prélèvement unique	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/ Prélèvement unique	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 :

⦿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'acquies 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

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

_____ Province ou pays de délivrance
Autorité de délivrance

12.1.2 Le conseiller n'est pas en présence de: _____
Nom du preneur

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 :

_____ Date de naissance: _____
Nom complet du tiers Année Mois Jour

_____ Profession ou principale activité
Lien avec le preneur

_____ Adresse (n°, rue, appartement)

_____ Code postal
Ville Province

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.

_____ Pays
Numéro d'identification

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)

Seul le conjoint est autorisé à cotiser dans un REER – conjoint cotisant.

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 _____ Téléphone cellulaire _____

Langue de correspondance : Français Anglais

Adresse électronique (courriel) _____

PRÉLÈVEMENT UNIQUE : _____ \$
Montant du prélèvement unique

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

Montant des prélèvements périodiques

Rente viagère différée à primes périodiques : fréquence mensuelle seulement.

Aux deux semaines (14 jours) débutant le _____

Une fois par mois, le _____ de chaque mois.

Un chèque en provenance d'une entreprise enregistrée ou incorporée n'est pas accepté.

Type de DPA : personnel

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

00005	123	12345	123456			
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

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

Ne s'applique pas aux transactions effectuées par Fundserv.

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 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 _____.

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.