

F38

Proposition

REEE



Régime d'épargne-études

- Mes études+ individuel
- Mes études+ familial

1- Souscripteur (Crédirentier)

Si le Souscripteur est un **individu**, remplir cette section.

Valider que le prénom, le nom et le numéro d'assurance sociale (NAS) correspondent à ceux du document ou de la lettre confirmant le NAS.

Le Souscripteur doit être âgé de 18 ans ou plus.

Le courriel permet de notifier au Souscripteur que des documents électroniques sont disponibles dans l'Espace client (voir section 11).

Prénom : _____ Nom : _____

NAS (obligatoire) : _____ Date de naissance : _____
(ex. : 1981JAN01)

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme Langue : ☐ Français ☐ Anglais

Tél. (domicile) : _____ Courriel : _____

Tél. (bureau) : _____, poste _____ Cell. : _____

Adresse : _____
N° civique, rue App., C. P.

Ville Province Code postal

Si le Souscripteur est un **organisme d'aide à l'enfance**, remplir cette section.

Nom de l'organisme : _____

Nom du représentant de l'organisme : _____

Numéro d'entreprise : _____ Langue : ☐ Français ☐ Anglais

Tél. (bureau) : _____, poste _____ Courriel : _____

Adresse : _____
N° civique, rue App., C. P.

Ville Province Code postal

2- Cosouscripteur

Facultatif

Le Cosouscripteur doit être l'époux ou le conjoint de fait du Souscripteur.

Valider que le prénom, le nom et le NAS correspondent à ceux du document ou de la lettre confirmant le NAS.

Le Cosouscripteur doit être âgé de 18 ans ou plus.

Prénom : _____ Nom : _____

NAS (obligatoire) : _____ Cell. : _____

Date de naissance : _____
(ex. : 1981JAN01)

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

Courriel : _____

3- Souscripteur remplaçant

Facultatif

Au décès du Souscripteur et du Cosouscripteur, le souscripteur remplaçant devient le Souscripteur et le Crédirentier.

La désignation d'un souscripteur remplaçant est conditionnelle à son acceptation et à sa validité aux termes des modalités du Régime, du Contrat et des lois applicables.

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : _____
(ex. : 1981JAN01)

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

4- Produit

Spécifier le produit que vous voulez souscrire :

Régime familial :

- Les Bénéficiaires doivent être **frères ou sœurs** pour être admissibles à une Subvention canadienne pour l'épargne-études (SCEE) supplémentaire, à un Bon d'études canadien (BEC) ou à une subvention d'un Programme provincial désigné;
- Tous les Bénéficiaires doivent être **liés par les liens du sang ou de l'adoption** au Souscripteur, au Cosouscripteur s'il y a lieu et au souscripteur remplaçant s'il y a lieu (enfants, petits-enfants).

☐ Mes études+ individuel

☐ Mes études+ familial



5- Bénéficiaire du Régime (personne qui recevra des paiements d'aide aux études)

Valider que le prénom, le nom et le NAS correspondent à ceux du document ou de la lettre confirmant le NAS.

L'adresse du Bénéficiaire du Régime n'est pas requise si elle est la même que celle du Souscripteur.

Mes études+ :

- Régime individuel : aucun âge limite
- Régime familial : les Bénéficiaires du Régime doivent être âgés de moins de 21 ans

Pour être admissibles à la SCEE et aux différents incitatifs provinciaux, les Bénéficiaires :

- âgés de 16 ans ou de 17 ans doivent respecter certaines règles;
- ne doivent pas atteindre 18 ans dans l'année courante.

Prénom : _____ Nom : _____

NAS (obligatoire) : _____

Date de naissance : _____
(ex. : 1981JAN01)

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme Lien de parenté avec le Souscripteur : _____

Adresse : _____

N° civique, rue

App., C. P.

Ville

Province

Code postal

Mes études+

Obligatoire si le Régime est **familial**

– Spécifier le % de Prime pour le Bénéficiaire désigné ci-dessus : _____ %.

– Remplir la section « Annexe – Mes études+ Régime familial » si plus d'un Bénéficiaire.

6- Principal responsable

Individu qui s'occupe principalement des soins de l'enfant et qui est admissible à l'Allocation canadienne pour enfant (ACE) et dont le nom paraît sur les paiements ainsi que sur le relevé annuel de l'ACE;
OU

Ministère ou **autre organisme** qui reçoit la prestation payable en vertu de la Loi sur les allocations spéciales pour enfants.

☐ Souscripteur ☐ Cosouscripteur → **Vous devez passer à la section « Parent ayant la garde ou tuteur légal ».**

☐ Autre → **1. Vous devez remplir le formulaire SDE 0093 – Annexe B – Responsable et/ou parent ayant la garde ou tuteur légal ; et**
2. Vous devez passer à la section « Parent ayant la garde ou tuteur légal ».

7- Parent ayant la garde ou tuteur légal

Individu, ministère, organisme ou établissement qui a la responsabilité de pourvoir aux soins de l'enfant et qui a légalement le droit de prendre des décisions touchant les intérêts de celui-ci.

☐ Souscripteur ☐ Cosouscripteur

☐ Autre → **Vous devez remplir :**
– la sous-section applicable ci-dessous; et
– le formulaire SDE 0093 – Annexe B – Responsable et/ou parent ayant la garde ou tuteur légal.

Si le parent ayant la garde ou le tuteur légal est un **individu**, remplir cette sous-section.

Prénom : _____ Nom : _____

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

Langue : ☐ Français ☐ Anglais

Adresse : _____

N° civique, rue

App., C. P.

Ville

Province

Code postal

Si le tuteur légal est un **ministère**, un **organisme** ou un **établissement**, remplir cette sous-section.

Nom de l'organisme : _____

Nom du représentant de l'organisme : _____

Langue : ☐ Français ☐ Anglais

Adresse : _____

N° civique, rue

App., C. P.

Ville

Province

Code postal

8a- Directives d'investissement

Pour le débit préautorisé (DPA), veuillez remplir la section *Accord de débit préautorisé (DPA)*.

Pour un transfert d'un autre REEE, le *Formulaire de transfert d'un régime enregistré d'épargne-études (REEE) – SDE 0100 (Partie A)* est requis ainsi que le formulaire TP1029 – *Transfert entre régimes enregistrés d'épargne-études (REEE)* pour les résidents du Québec.

- ☐ DPA (Ne pas envoyer le premier paiement par chèque.)
- ☐ Chèque client (minimum 100 \$) : _____ \$
- ☐ Transfert en provenance d'un REEE (iA ou autre institution)
- ☐ Transfert interne d'un contrat de iA (autre que REEE) No : _____ Contributions : _____ \$

Si différentes directives d'investissement sont requises pour différents types de contributions, veuillez remplir la sous-section « Directives supplémentaires » ci-dessous.

Si les Primes sont investies dans les Fonds distincts, le profil d'investisseur est requis.

* Veuillez utiliser le tableau F13-1000 pour les codes de fonds de placement.

** Minimum 25 \$ par Fonds et le total doit correspondre à 100 % de la Prime investie dans les Fonds de placement.

*** Contrats administrés par le réseau FundSERV seulement

- ☐ Compte d'épargne à intérêt élevé : _____ ☐ % ou ☐ \$
- ☐ Fonds à intérêt quotidien+ (FIQ+) : _____ ☐ % ou ☐ \$
- ☐ Fonds de placement (Fonds distincts) : _____ ☐ % ou ☐ \$ (Remplir le tableau ci-dessous.)

Code de Fonds*	Si FAI, % des Primes	☐ % ou ☐ \$**	N° d'ordre***

Directives supplémentaires

* Le transfert sera effectué à compter du jour du transfert indiqué ou du jour ouvrable suivant. Si aucun jour de transfert n'est indiqué, ledit jour est présumé être la date de réception de la présente demande. Le transfert sera en vigueur jusqu'à la première des éventualités suivantes à survenir : à la fin du nombre de mois indiquée, ou l'épuisement total de toutes les Primes initialement investies dans le Fonds Marché monétaire (APSF).

Si aucune durée du transfert n'est indiquée, ladite durée est automatiquement établie à 12 mois.

** Contrats administrés par le réseau FundSERV seulement

- ☐ DPA régulier ☐ DPA sporadique ☐ Chèque ☐ Transfert d'un REEE ☐ Transfert interne

☐ Achat périodique par sommes fixes (APSF)*; jour du transfert mensuel : nombre de mois :

- ☐ Compte d'épargne à intérêt élevé : _____ ☐ % ou ☐ \$
- ☐ Fonds à intérêt quotidien+ : _____ ☐ % ou ☐ \$
- ☐ Fonds de placement (Fonds distincts) : _____ ☐ % ou ☐ \$ (Remplir le tableau ci-dessous.)

Code de Fonds	Si FAI, % des Primes	☐ % ou ☐ \$	N° d'ordre**

8b- Directives d'investissement pour les subventions

Si les Primes sont investies dans les Fonds distincts, le profil d'investisseur est requis.

IQEE	BEC	SEEEFCB
☐ Mêmes directives qu'à la section « Directives d'investissement »	☐ Mêmes directives qu'à la section « Directives d'investissement »	☐ Mêmes directives qu'à la section « Directives d'investissement »
☐ Mêmes directives qu'à la sous-section « Directives supplémentaires »	☐ Mêmes directives qu'à la sous-section « Directives supplémentaires »	☐ Mêmes directives qu'à la sous-section « Directives supplémentaires »
☐ Compte d'épargne à intérêt élevé : _____%	☐ Compte d'épargne à intérêt élevé : _____%	☐ Compte d'épargne à intérêt élevé : _____%
☐ Fonds à intérêt quotidien+ : _____%	☐ Fonds à intérêt quotidien+ : _____%	☐ Fonds à intérêt quotidien+ : _____%
☐ Fonds de placement : _____%	☐ Fonds de placement : _____%	☐ Fonds de placement : _____%
☐ _____%	☐ _____%	☐ _____%
☐ _____%	☐ _____%	☐ _____%
☐ _____%	☐ _____%	☐ _____%
☐ _____%	☐ _____%	☐ _____%
☐ _____%	☐ _____%	☐ _____%

8c- Terme automatique d'investissement (TAI)

Si aucune directive relative au TAI n'a été donnée à la Compagnie, toutes les Primes et les subventions seront investies dans le fonds à intérêt quotidien+ (FIQ+) ou dans le Fonds Marché monétaire, conformément aux dispositions applicables du Contrat, et ce, jusqu'à ce que des directives appropriées soient données par le Souscripteur à la Compagnie.

☐ Mêmes directives qu'à la section « Directives d'investissement »	☐ Fonds de placement : _____%	☐ _____%
☐ Mêmes directives qu'à la sous-section « Directives supplémentaires »	☐ _____%	☐ _____%
☐ Compte d'épargne à intérêt élevé _____%	☐ _____%	☐ _____%

8d- Accord de débit préautorisé (DPA)

Ne pas envoyer le premier paiement par chèque.
Prime minimale de 25 \$ par fréquence.
Pour le Régime familial, un minimum de 10 \$ par Bénéficiaire doit aussi être respecté.

Important

– Veuillez spécifier la date future à laquelle le DPA doit débuter.
Joindre un spécimen de chèque personnalisé portant la mention « Nul » ou joindre une confirmation écrite dûment remplie de l'institution financière.

Fréquence : ☐ Mensuelle ☐ Hebdomadaire ☐ Toutes les deux semaines ☐ Bimensuelle (le 1^{er} et le 15 de chaque mois)

Montant du DPA régulier : _____ \$ Date du premier prélèvement : _____
(ex. : 1981JAN01)

Un délai de 3 jours ouvrables suivant la date de réception au centre de services est nécessaire pour activer un DPA.

☐ DPA sporadique (immédiatement) Montant du DPA sporadique : _____ \$

Catégorie de DPA : ☐ Personnel ☐ Entreprise (Si aucune case n'est sélectionnée, la catégorie DPA par défaut sera « Personnel ».)

N° succursale : _____ N° institution : _____ N° compte bancaire : _____

Nom du ou des titulaires du compte : _____

– En apposant ma signature, je confirme, en tant que titulaire du compte, que j'ai lu, compris et accepté les termes et conditions de l'Accord de DPA.
– Dans le cas d'un compte conjoint, je confirme que tous les signataires requis ont signé l'Accord de DPA.
– Pour une entreprise, l'Accord de DPA doit être signé par un signataire autorisé (ou des signataires autorisés, si plus d'un est requis). Veuillez joindre une copie de la résolution d'entreprise stipulant le(s) signataire(s) autorisé(s).

X _____
Signature du titulaire du compte bancaire

X _____
Signature du cotitulaire du compte (s'il y a lieu)

Date : _____
(ex. : 1981JAN01)

8e- Instructions spéciales

9- Date limite des contributions et de cessation du Régime

La date limite des contributions est le 31 décembre de l'année du 31^e anniversaire de l'établissement du Régime.

La date de cessation du Régime est, au plus tard, le 31 décembre de l'année du 35^e anniversaire de l'établissement du Régime.

10- Préférences pour la réception des documents

Les documents et les communications relatifs à l'ensemble de mes contrats chez iA Groupe financier me seront transmis en **format électronique** et je pourrai les consulter à partir de l'Espace client*. Les documents qui ne sont présentement offerts qu'en format papier continueront à m'être envoyés par la poste. (Pour plus de détails, veuillez lire la section « Consentement à la communication par voie électronique ».)

Dès qu'un nouveau document ou une communication sera disponibles, je recevrai une notification à l'adresse courriel que j'ai inscrit à la section « Souscripteur ».

* Vous pouvez vous inscrire à l'Espace client à partir du site web ia.ca.

À remplir **seulement** si vous désirez recevoir vos documents par la poste.

Je souhaite recevoir les documents et les communications ci-dessous **par la poste** :

- ☐ Documents fiscaux (reçus et feuillets d'impôts)
☐ Autres documents et communications (relevés, lettres, confirmations, avis, suivis, etc.)

11- Coordonnées du représentant en assurance de personnes

Agence

Code d'agence : Nom du district ou de l'agence :

Représentant primaire

Important – Le code de représentant doit être actif.

Code FundSERV : Représentant : Courtier :

OU

Code du représentant : US : Représentant (commission seulement) : ____ % de commission

Nom du représentant : Courriel :

Téléphone : Poste :

Représentant secondaire

Pour un contrat administré par le réseau FundSERV, un seul représentant est autorisé.

Important – Le code de représentant doit être actif.

Code du représentant : US : Représentant (commission seulement) : ____ % de commission

Nom du représentant : Courriel :

CONSENTEMENTS RELATIFS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Vos renseignements personnels sont importants.

Pour **vous**, parce qu'ils font partie de votre vie privée. Pour **nous**, iA Groupe financier et ses entités affiliées, parce qu'ils nous permettent de mieux vous servir au jour le jour.

Nous avons à cœur la protection de vos renseignements personnels.

En faisant affaire avec nous, vous acceptez que nous recueillions, utilisions et communiquions les renseignements personnels qui sont nécessaires pour :

- **Savoir qui vous êtes.** Vous identifier et maintenir à jour vos coordonnées;
- **Développer une relation avec vous.** Vous conseiller selon vos besoins, analyser vos demandes et identifier les produits et services qui vous conviennent;
- **Entretenir notre relation avec vous.** Administrer vos produits et services et traiter vos demandes, plaintes et réclamations;
- **Respecter les lois et gérer les risques.** Par exemple, en matière de cybersécurité ou de lutte contre la criminalité financière.

Nous souhaitons en faire plus, avec votre consentement bien sûr!

Nous souhaitons recueillir, utiliser et communiquer certains de vos renseignements personnels pour mieux vous connaître et comprendre vos besoins, intérêts et préférences. Vous nous permettez ainsi d'être proactifs pour :

Améliorer nos produits et services, et offrir une expérience client distinctive.

☐ **J'accepte** ☐ **Je refuse**

Vous faire part de nos promotions, produits, services, concours et événements qui pourraient vous intéresser.

☐ **J'accepte** ☐ **Je refuse**

Vous pouvez à tout moment revoir vos choix.

Pour plus d'information, visitez le ia.ca/protection-renseignements-personnels.

Nom : _____ Prénom : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Nous tenons à vous informer.

À certaines conditions, nous pouvons recueillir ou communiquer vos renseignements, auprès des autorités réglementaires et organismes d'autoréglementations et tribunaux, organismes publics, agences de renseignements et d'évaluation de crédit, organisations qui gèrent des bases de données d'information publique ou bureau d'information sur les assurances, assureurs et institutions financières, organisations d'enquête, vos employeurs, syndicats et associations, entités affiliées de iA Groupe financier et leurs représentants, intermédiaires dans la distribution de nos produits et services financiers, fournisseurs de services ou tout autre tiers, **si et seulement si** cette collecte ou cette communication :

- est requise pour vous servir; ou
- se fait dans le respect des choix que vous avez faits; ou
- est conforme à la loi.

Nous nous engageons à partager seulement les renseignements nécessaires.

Pour en apprendre davantage, veuillez consulter l'[Avis relatif à la protection des renseignements personnels](#).

CONSENTEMENTS RELATIFS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Vos renseignements personnels sont importants.

Pour **vous**, parce qu'ils font partie de votre vie privée. Pour **nous**, iA Groupe financier et ses entités affiliées, parce qu'ils nous permettent de mieux vous servir au jour le jour.

Nous avons à cœur la protection de vos renseignements personnels.

En faisant affaire avec nous, vous acceptez que nous recueillions, utilisions et communiquions les renseignements personnels qui sont nécessaires pour :

- **Savoir qui vous êtes.** Vous identifier et maintenir à jour vos coordonnées;
- **Développer une relation avec vous.** Vous conseiller selon vos besoins, analyser vos demandes et identifier les produits et services qui vous conviennent;
- **Entretenir notre relation avec vous.** Administrer vos produits et services et traiter vos demandes, plaintes et réclamations;
- **Respecter les lois et gérer les risques.** Par exemple, en matière de cybersécurité ou de lutte contre la criminalité financière.

Nous souhaitons en faire plus, avec votre consentement bien sûr!

Nous souhaitons recueillir, utiliser et communiquer certains de vos renseignements personnels pour mieux vous connaître et comprendre vos besoins, intérêts et préférences. Vous nous permettez ainsi d'être proactifs pour :

Améliorer nos produits et services, et offrir une expérience client distinctive.

☐ **J'accepte** ☐ **Je refuse**

Vous faire part de nos promotions, produits, services, concours et événements qui pourraient vous intéresser.

☐ **J'accepte** ☐ **Je refuse**

Vous pouvez à tout moment revoir vos choix.

Pour plus d'information, visitez le ia.ca/protection-renseignements-personnels.

Nom : _____ Prénom : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Nous tenons à vous informer.

À certaines conditions, nous pouvons recueillir ou communiquer vos renseignements, auprès des autorités réglementaires et organismes d'autoréglementations et tribunaux, organismes publics, agences de renseignements et d'évaluation de crédit, organisations qui gèrent des bases de données d'information publique ou bureau d'information sur les assurances, assureurs et institutions financières, organisations d'enquête, vos employeurs, syndicats et associations, entités affiliées de iA Groupe financier et leurs représentants, intermédiaires dans la distribution de nos produits et services financiers, fournisseurs de services ou tout autre tiers, **si et seulement si** cette collecte ou cette communication :

- est requise pour vous servir; ou
- se fait dans le respect des choix que vous avez faits; ou
- est conforme à la loi.

Nous nous engageons à partager seulement les renseignements nécessaires.

Pour en apprendre davantage, veuillez consulter l'[Avis relatif à la protection des renseignements personnels](#).

12- Déclaration/signatures

Le Souscripteur et le Cosouscripteur doivent lire cette section, y consentir et y apposer leur signature.

En signant ci-dessous, je, le Souscripteur (Crédientier) et le Cosouscripteur :

- affirme que toutes les déclarations que j'ai faites et que toutes les réponses données dans la présente proposition et tout formulaire s'y rapportant sont complètes et véridiques;
- confirme avoir lu et compris les déclarations contractuelles de la présente proposition et les accepte;
- demande à souscrire un régime d'épargne-études (le « Régime ») auprès de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (le « Promoteur ») et dont les biens seront détenus par l'Industrielle Alliance, Fiducie inc. (le « Fiduciaire ») pour investissement dans un contrat de rente à capital variable émis par le Promoteur (le « Contrat »);
- comprends que la présente proposition et les conditions y paraissant font partie intégrante du Régime et du Contrat intervenu entre le Promoteur, le Fiduciaire, le Souscripteur et le Cosouscripteur;
- déclare avoir pris connaissance de la déclaration du représentant ci-dessous.

S'applique au produit **Mes études+**

- J'accuse réception du Contrat Mes études+, de la *Notice explicative* Mes études+, dans laquelle sont décrites les caractéristiques clés du Contrat, du fascicule contenant l'*Aperçu des fonds* et du Régime Mes études+.
- **Profil électronique de l'investisseur.** Si des unités de fonds sont créditées au présent Contrat et si mon profil d'investisseur n'est pas annexé à la présente proposition, je confirme avoir rempli le profil électronique n° _____ et le profil électronique n° _____ avec mon représentant en assurance de personnes.

Lettre d'autorisation limitée

À remplir seulement si les parties concernées ont déjà signé une lettre d'autorisation limitée pour un autre contrat.

- Je déclare par les présentes avoir signé une lettre d'autorisation limitée pour le contrat existant n° _____ autorisant le représentant en assurance de personnes agissant pour la présente proposition à soumettre certaines transactions au Promoteur en mon nom. En inscrivant un numéro de contrat, je demande que cette lettre d'autorisation limitée s'applique aussi au Contrat établi en vertu de la présente proposition.

Signatures

X _____ **X** _____
Signature du Souscripteur Signature du Cosouscripteur
Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20____

13- Déclaration du représentant

Je, soussigné, représentant en assurance de personnes, déclare ce qui suit :

- Je confirme être un représentant dûment certifié;
- Je confirme détenir tous les permis, certificats et connaissances nécessaires (voir ia.ca/produits-conseillers) pour faire souscrire la présente proposition et assurer le service client;
- Je confirme avoir vérifié l'identité du Souscripteur et, s'il y a lieu du Cosouscripteur, et sa (leur) date de naissance;
- Je confirme que j'ai remis au Souscripteur et, s'il y a lieu au Cosouscripteur, l'avis de divulgation, lequel l'informe ou les informe, entre autres, des éléments suivants :
 - De la ou des compagnies que je représente et de mon lien avec ces compagnies;
 - Du fait que je reçois une rémunération pour la vente de produits d'assurance vie ou d'épargne, comme des commissions, des bonis, des invitations à des conférences ou d'autres incitatifs; et
 - De tout conflit d'intérêts que je peux avoir relativement à la présente transaction.

Dans l'éventualité où une signature électronique est utilisée, je confirme avoir divulgué au Souscripteur et, s'il y a lieu au Cosouscripteur, les éléments contenus dans l'avis de divulgation remis avant ou lors de la signature de la proposition par celui ou ceux-ci.

Signature du représentant en assurance de personnes

X _____

Date :

A	A	A	A	M	M	M	J	J

(ex. : 1981JAN01)

DÉCLARATIONS CONTRACTUELLES

Par les présentes, je, le Souscripteur (Crédirentier) et le Cosouscripteur :

- atteste que toutes les déclarations faites ainsi que tous les renseignements fournis par écrit ou sur support électronique relativement à la présente proposition ou tout autre formulaire s'y rapportant sont complets et véridiques, qu'ils correspondent aux directives et aux renseignements que j'ai donnés à mon représentant et qu'ils constituent la base du Régime et du Contrat;
- déclare avoir pris connaissance des modalités du Régime et j'accepte que mon Régime, dont le Promoteur s'engage à faire la demande d'enregistrement en vertu de l'article 146.1 de la Loi de l'impôt sur le revenu et de toute législation applicable dans ma province de résidence, soit assujéti à ces modalités (si ma demande est acceptée). Je comprends que tous les paiements effectués en vertu du Régime, autres que le remboursement des montants versés au Régime, peuvent être imposés à titre de revenu, conformément aux dispositions des lois fiscales applicables. Je comprends que les contributions excédentaires peuvent faire l'objet de pénalités fiscales. Je comprends que fournir au Promoteur des informations incorrectes peut entraîner le refus des subventions ou du crédit d'impôt;
- comprends que je dois communiquer avec mon représentant en assurance de personnes si je n'ai pas reçu d'avis de confirmation dans les 15 jours qui suivent le paiement d'une Prime;
- autorise le Promoteur à corriger toute erreur ou omission relativement à la présente proposition par voie de lettre de modification;
- déclare avoir été dirigé par mon représentant en assurance de personnes afin d'investir dans les Fonds choisis et avoir reçu toute l'information requise de mon représentant concernant ces Fonds;

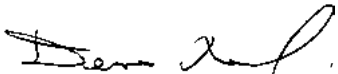
ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Dans le présent Accord de débit préautorisé (l'« Accord de DPA »), le terme « je » désigne chaque titulaire de compte, qui déclare ce qui suit en ce qui le concerne :

- J'autorise le Promoteur et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je peux autoriser à tout moment) à commencer les déductions sur le compte spécifié pour les versements récurrents réguliers et les versements récurrents sur une base sporadique, le cas échéant, de toutes les primes, de tous les dépôts, de tous les versements et de tous les frais découlant du Contrat.
- Les versements réguliers seront prélevés à la date et à la fréquence que j'ai choisies, tandis que les versements récurrents sur une base sporadique pourront être prélevés à toute autre date, conformément aux informations bancaires fournies. Le Promoteur verra à obtenir mon autorisation avant de prélever à mon compte un versement récurrent sporadique.
- Je conviens que, aux fins de l'Accord de DPA, tous les DPA de mon compte seront traités comme des DPA personnels ou des DPA d'entreprise* selon le choix que j'ai effectué.
- **Je renonce au droit de recevoir un préavis m'informant d'une hausse ou d'une baisse du montant à débiter ou d'une modification de la date et/ou de la fréquence de ces versements.**
- Je reconnais que le Promoteur n'est pas tenu de me transmettre un avis écrit si un changement au montant du DPA est effectué à ma demande.
- Si un DPA est refusé pour quelque raison que ce soit, notamment pour provision insuffisante (NSF), opposition au paiement ou fermeture de compte, le Promoteur est autorisé à présenter le paiement de nouveau. **Tous les frais encourus par le Promoteur en raison d'un DPA refusé seront ajoutés au DPA subséquent.**
- Je peux annuler ou modifier l'Accord de DPA en tout temps, sous réserve d'un préavis écrit de trente (30) jours au Promoteur. Pour obtenir un modèle de formulaire d'annulation ou pour plus d'informations sur mon droit d'annulation de l'Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site www.paiements.ca concernant la Règle H1 – Débits préautorisés (DPA).
- Toute annulation de l'Accord de DPA n'aura aucun effet sur mon ou mes contrats d'assurance ou de services financiers du moment que le paiement est effectué, comme requis, par une autre méthode acceptable pour le Promoteur.
- **Si le Promoteur cède le présent Accord de DPA, il m'en informera par écrit avant que tout montant ne soit déduit au nom du cessionnaire.**
- J'ai certains droits de recours si un DPA n'est pas conforme au présent Accord de DPA. Par exemple, j'ai le droit d'obtenir un remboursement pour tout DPA qui n'est pas autorisé ou n'est pas conforme à l'Accord de DPA. Pour obtenir plus d'informations sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site www.paiements.ca concernant la Règle H1 – Débits préautorisés (DPA).
- Avant de prélever le premier DPA, le Promoteur doit avoir reçu tous les documents requis, dûment remplis, et disposer d'un délai raisonnable lui permettant de procéder au traitement administratif.
- Je confirme que j'ai le pouvoir d'autoriser ce débit conformément aux termes de ma convention de compte. Je confirme également que toutes les personnes dont la signature est requise pour autoriser les transactions sur le compte ont signé l'Accord de DPA.
- Si l'un des détails contenus dans le présent Accord de DPA est incorrect, je contacterai immédiatement le Promoteur aux coordonnées fournies.

* Un DPA d'entreprise signifie un DPA pour le paiement de biens ou de services liés à une activité d'entreprise ou commerciale du payeur.

Signataires autorisés de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. :

 , président et chef de la direction

 , Vice-présidente exécutive,
Assurance, Épargne et retraite individuelles

Signataires autorisés de l'Industrielle Alliance, Fiducie inc. :

 , président

 , directeur général

Si aucune confirmation concernant la réception d'une subvention n'est reçue dans les 120 jours suivant l'émission du Contrat, veuillez communiquer avec l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. pour signaler le retard.

Bénéficiaire supplémentaire (personne qui recevra des paiements d'aide aux études)

Valider que le prénom, le nom et le NAS correspondent à ceux du document ou de la lettre confirmant le NAS.

L'adresse du Bénéficiaire du Régime n'est pas requise si elle est la même que celle du Souscripteur.

Mes études+ :

– Régime individuel : aucun âge limite

– Régime familial : les Bénéficiaires du Régime doivent être âgés de moins de 21 ans

Pour être admissibles à la SCEE et aux différents incitatifs provinciaux, les Bénéficiaires :

– âgés de 16 ans ou de 17 ans doivent respecter certaines règles;

– ne doivent pas atteindre 18 ans dans l'année courante.

Prénom : _____ Nom : _____

NAS (obligatoire) : _____ Date de naissance : _____
(ex. : 1981JAN01)

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme Lien de parenté avec le Souscripteur : _____

Adresse : _____
N° civique, rue App., C. P.

Ville Province Code postal

Obligatoire

– Spécifier le % de Prime pour le Bénéficiaire désigné ci-dessus : _____ %.

Principal responsable

Individu qui s'occupe principalement des soins de l'enfant et qui est admissible à l'Allocation canadienne pour enfant (ACE) et dont le nom paraît sur les paiements ainsi que sur le relevé annuel de l'ACE;
OU

Ministère ou **autre organisme** qui reçoit la prestation payable en vertu de la Loi sur les allocations spéciales pour enfants.

☐ Souscripteur ☐ Cosouscripteur → **Veillez passer à la section « Parent ayant la garde ou tuteur légal ».**

☐ Autre → **1. Veillez remplir le formulaire SDE 0093 – Annexe B – Responsable et/ou parent ayant la garde ou tuteur légal; et**

2. Veillez passer à la section « Parent ayant la garde ou tuteur légal ».

Parent ayant la garde ou tuteur légal

Individu, ministère, organisme ou établissement qui a la responsabilité de pourvoir aux soins de l'enfant et qui a légalement le droit de prendre des décisions touchant les intérêts de celui-ci.

☐ Souscripteur ☐ Cosouscripteur

☐ Autre → **Veillez remplir :**
– la sous-section applicable ci-dessous; et
– le formulaire SDE 0093 – Annexe B – Responsable et/ou parent ayant la garde ou tuteur légal

Si le parent ayant la garde ou le tuteur légal est un **individu**, remplir cette sous-section.

Prénom : _____ Nom : _____

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme Langue : ☐ Français ☐ Anglais

Adresse : _____
N° civique, rue App., C. P.

Ville Province Code postal

Si le tuteur légal est un **ministère**, un **organisme** ou un **établissement**, remplir cette sous-section.

Nom de l'organisme : _____

Nom du représentant de l'organisme : _____

Langue : ☐ Français ☐ Anglais

Adresse : _____
N° civique, rue App., C. P.

Ville Province Code postal

Bénéficiaire supplémentaire (personne qui recevra des paiements d'aide aux études)

Valider que le prénom, le nom et le NAS correspondent à ceux du document ou de la lettre confirmant le NAS.

L'adresse du Bénéficiaire du Régime n'est pas requise si elle est la même que celle du Souscripteur.

Mes études+ :

– Régime individuel : aucun âge limite

– Régime familial : les Bénéficiaires du Régime doivent être âgés de moins de 21 ans

Pour être admissibles à la SCEE et aux différents incitatifs provinciaux, les Bénéficiaires :

– âgés de 16 ans ou de 17 ans doivent respecter certaines règles;

– ne doivent pas atteindre 18 ans dans l'année courante.

Prénom : _____ Nom : _____

NAS (obligatoire) : _____ Date de naissance : _____
(ex. : 1981JAN01)

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme Lien de parenté avec le Souscripteur : _____

Adresse : _____
N° civique, rue App., C. P.

Ville Province Code postal

Obligatoire

– Spécifier le % de Prime pour le Bénéficiaire désigné ci-dessus : _____ %.

Principal responsable

Individu qui s'occupe principalement des soins de l'enfant et qui est admissible à l'Allocation canadienne pour enfant (ACE) et dont le nom paraît sur les paiements ainsi que sur le relevé annuel de l'ACE;
OU

Ministère ou **autre organisme** qui reçoit la prestation payable en vertu de la Loi sur les allocations spéciales pour enfants.

☐ Souscripteur ☐ Cosouscripteur → **Veillez passer à la section « Parent ayant la garde ou tuteur légal ».**

☐ Autre → **1. Veillez remplir le formulaire SDE 0093 – Annexe B – Responsable et/ou parent ayant la garde ou tuteur légal ; et**
2. Veillez passer à la section « Parent ayant la garde ou tuteur légal ».

Parent ayant la garde ou tuteur légal

Individu, ministère, organisme ou établissement qui a la responsabilité de pourvoir aux soins de l'enfant et qui a légalement le droit de prendre des décisions touchant les intérêts de celui-ci.

☐ Souscripteur ☐ Cosouscripteur

☐ Autre → **Veillez remplir :**
– la sous-section applicable ci-dessous; et
– le formulaire SDE 0093 – Annexe B – Responsable et/ou parent ayant la garde ou tuteur légal

Si le parent ayant la garde ou le tuteur légal est un **individu**, remplir cette sous-section.

Prénom : _____ Nom : _____

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme Langue : ☐ Français ☐ Anglais

Adresse : _____
N° civique, rue App., C. P.

Ville Province Code postal

Si le tuteur légal est un **ministère**, un **organisme** ou un **établissement**, remplir cette sous-section.

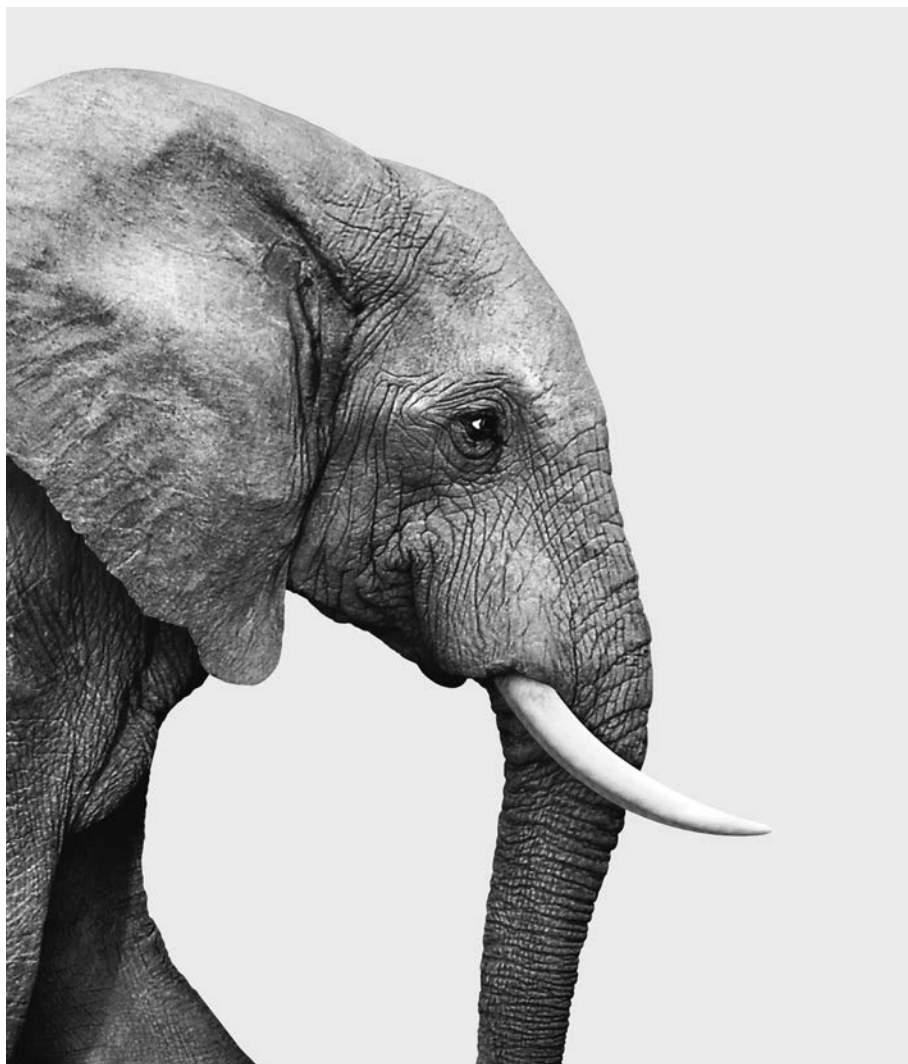
Nom de l'organisme : _____

Nom du représentant de l'organisme : _____

Langue : ☐ Français ☐ Anglais

Adresse : _____
N° civique, rue App., C. P.

Ville Province Code postal



F38

Proposition

À propos de iA Groupe financier

Fondé en 1892, iA Groupe financier offre des produits d'assurance vie et maladie, des fonds communs de placement et des fonds distincts, des régimes d'épargne et de retraite, des valeurs mobilières, de l'assurance auto et habitation, des prêts hypothécaires et des prêts autos ainsi que d'autres produits et services financiers destinés aux particuliers de même qu'aux entreprises et aux groupes. iA Groupe financier compte parmi les quatre sociétés d'assurance de personnes les plus importantes au Canada et parmi les plus grandes sociétés publiques au pays. Son titre est inscrit à la Bourse de Toronto, sous le symbole IAG.

Coordonnées du Service à la clientèle, Épargne et retraite individuelles :

Numéro de téléphone : 1 844 4iA-INFO (1 844 442-4636) Information : epargne@ia.ca		
Québec : 1080, Grande Allée Ouest C. P. 1907, succursale Terminus Québec (Québec) G1K 7M3 Téléc. : 1 855 685-5161 Transactions : IAQtransactions@ia.ca	Toronto : 26, rue Wellington Est, Bureau 600 Toronto (Ontario) M5E 1S2 Téléc. : 1 800 810-0197 Transactions : IATtransactions@ia.ca	Vancouver : 988, Broadway Ouest, bureau 400 C. P. 5900 Vancouver (Colombie-Britannique) V6B 5H6 Téléc. : 1 833 832-7474 Transactions : IATtransactions@ia.ca

ON S'INVESTIT, POUR VOUS.