

DEMANDE D'ADHÉSION AU RÉGIME D'ÉPARGNE-RETRAITE COLLECTIF

INSTRUCTIONS

- ✓ Écrivez en lettres moulées
- ✓ Assurez-vous que les signatures sont conformes
- ✓ Retournez le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Desjardins Sécurité financière
Centre de gestion intégrée de la retraite
Épargne-retraite collective
C.P. 1355, Succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1C4
Téléphone : (514) 350-8665 ou
Sans frais : 1 888 513-8665
Télécopieur sans frais : 1 877 350-8555

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail.

Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels
Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Pour les résidents de toutes les provinces canadiennes, à l'exception de la Colombie Britannique :

DSF pourrait se servir de la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. Si vous ne voulez pas recevoir de telles offres, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez DSF.

Pour les résidents de la Colombie Britannique :

DSF ne peut utiliser ni communiquer les renseignements de votre dossier à des fins commerciales sans avoir obtenu votre accord écrit à cet égard.



Desjardins
Sécurité financière^{MC}

| Renseignements relatifs au régime - À remplir par le répondant du régime | | |
|--|----------------|-------------------------------------|
| Groupe n° G000559 | Sous-groupe n° | Nom du répondant du régime APASQ |

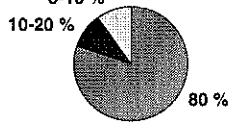
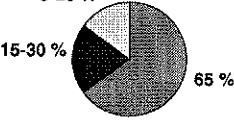
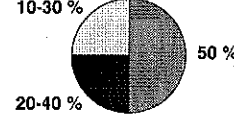
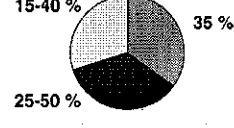
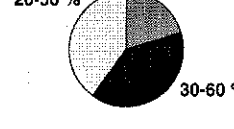

| Renseignements sur le proposant - À remplir par le répondant du régime ou le proposant | | | |
|---|---|--|----------|
| S'agit-il d'une demande de participation d'un époux(se) ou d'un conjoint de fait? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (dans l'affirmative, l'époux(se) ou le conjoint de fait sera considéré comme proposant) | | | |
| Nom et prénom du proposant (le proposant est le rentier) | | Tél. : rés. : _____ | |
| Nom et prénom du cotisant (Les reçus d'impôt seront émis au nom de cette personne) | | bur. : _____ | |
| | | Courriel : _____ | |
| N° d'assurance sociale du cotisant | N° d'assurance sociale du proposant | Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais | |
| Date de naissance du proposant JJ MM AA | Date d'entrée en service de l'employé JJ MM AA | Date de participation de l'employé JJ MM AA | |
| État civil : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé | | Sexe du proposant : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin | |
| Province de résidence du proposant | | Province d'emploi du proposant | |
| Adresse du proposant | | Ville | Province |
| | | Code postal | |
| Cotisation : _____ % par paie ou _____ \$ <input type="checkbox"/> par paie <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> annuelle <input type="checkbox"/> dépôt unique | | | |

| Désignation de bénéficiaire - À remplir par le proposant | | | |
|--|-----------------|-----------------------|---|
| Si vous êtes un résident du Québec et que vous désignez votre conjoint marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire, cette désignation est irrévocable à moins de stipulation contraire. | | | |
| Toute désignation de bénéficiaire peut être effectuée à titre révocable ou irrévocable. | | | |
| LORSQUE LA DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE EST EFFECTUÉE À TITRE IRRÉVOCABLE ET TANT QUE CE BÉNÉFICIAIRE EST VIVANT, VOUS NE POUVEZ SANS LE CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE (QUI DOIT AVOIR ATTEINT L'ÂGE DE LA MAJORITÉ) NI MODIFIER OU RÉVOQUER LA DÉSIGNATION, NI EXERCER DES DROITS EN VERTU DU RÉGIME, NI LES CÉDER, EN DEMANDER LA VALEUR DE RACHAT OU PAR AILLEURS EN DISPOSER. | | | |
| Nom du bénéficiaire (nom et prénom) | Lien de parenté | % de la distribution* | Si mineur (Date de naissance obligatoire) <input type="checkbox"/> révocable <input type="checkbox"/> irrévocable |
| | | | JJ MM AA |
| Nom du bénéficiaire (nom et prénom) | Lien de parenté | % de la distribution* | Si mineur (Date de naissance obligatoire) <input type="checkbox"/> révocable <input type="checkbox"/> irrévocable |
| | | | JJ MM AA |
| Nom du bénéficiaire (nom et prénom) | Lien de parenté | % de la distribution* | Si mineur (Date de naissance obligatoire) <input type="checkbox"/> révocable <input type="checkbox"/> irrévocable |
| | | | JJ MM AA |
| * S'il y a plus d'un bénéficiaire, la distribution totale doit correspondre à 100 %. | | | |
| Toute désignation de bénéficiaire est assujettie aux lois actuelles en vigueur. Si le(s) bénéficiaire(s) décède(nt) avant moi, la prestation de décès doit être versée à : <input type="checkbox"/> mes ayants droit <input type="checkbox"/> mon bénéficiaire subsidiaire (nom de famille, prénom) _____ | | | |

| Désignation d'un mineur comme bénéficiaire et nomination d'un fiduciaire. (Remplir si vous désignez un bénéficiaire de moins de 18 ans. Toutefois si vous résidez au Québec, les dispositions du Code Civil s'appliquant, vous ne devez pas remplir cette section.) | |
|--|---------------------------------|
| Nom du fiduciaire (nom de famille, prénom) _____ | |
| Je désigne par la présente le bénéficiaire ci-haut mentionné. Je comprends qu'un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans ne peut donner une quittance d'un paiement à un payeur. Conséquemment, je nomme à titre de fiduciaire la personne ci-haut mentionnée pour recevoir en fidéicomis pour le bénéficiaire, tout montant au titre du régime par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, et consens à ce que la réception de tels montants par le fiduciaire constitue une quittance pour Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Cette nomination prévaudra jusqu'à la nomination d'un nouveau fiduciaire ou jusqu'à ce que le bénéficiaire atteigne l'âge de 18 ans, selon la première éventualité. | |
| Par sa signature, le fiduciaire accepte sa nomination. | |
| Fait à _____ | ce _____ jour de _____ 20 _____ |
| Signature du proposant _____ | Signature du fiduciaire _____ |
| Adresse du fiduciaire _____ | Code postal _____ |

Directives de placement - À remplir par le proposant

 Jusqu'à nouvel ordre, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie est priée et autorisée à investir les dépôts en vertu du présent régime, conformément aux modalités dudit régime, de la manière suivante : **veuillez choisir entre les options A ou B.**

| Option A Veuillez effectuer le placement de toute cotisation future comme suit : (un seul choix de portefeuille) | Option B Veuillez effectuer le placement de toute cotisation future comme suit : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|-------------|-----------------------|--|------|---------|-------|---------|-------|---------|---------------------------|---------|--|--|----------------------|--|-------------|--------------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|----------------|--------------|
| Vous pouvez choisir parmi les portefeuilles préétablis que nous avons élaborés en fonction de différents profils d'investisseurs en cochant la case qui correspond à votre situation. Pour connaître votre portefeuille, nous vous suggérons de remplir le questionnaire que vous trouverez dans le dépliant « Mon profil d'investisseur », en consultant notre site internet www.desjardinssecuritefinanciere.com/participant ou en communiquant avec notre Centre de gestion intégrée de la retraite au 1 888 513-8665. | Vous pouvez également choisir parmi les fonds que vous trouverez décrits dans le dépliant « Mes Fonds de Placement » ou vous pouvez consulter notre site internet www.desjardinssecuritefinanciere.com/participant . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Portefeuille sécuritaire <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>0-10 %</p>  <p>80 %</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p> Revenus fixes</p> <p> Actions canadiennes</p> <p> Actions étrangères</p> </div> </div> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">CATÉGORIES DE PLACEMENT ET FONDS</th> <th style="text-align: right;">COTISATIONS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Fonds garantis</td> </tr> <tr> <td>1 an</td> <td style="text-align: right;">_____ %</td> </tr> <tr> <td>3 ans</td> <td style="text-align: right;">_____ %</td> </tr> <tr> <td>5 ans</td> <td style="text-align: right;">_____ %</td> </tr> <tr> <td>Fonds à intérêt quotidien</td> <td style="text-align: right;">_____ %</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Le total de vos cotisations destinées aux fonds garantis doit atteindre un minimum 50 \$ pour l'ensemble des régimes dans lesquels vous adhérez pour être investi dans le Fonds garanti 1 an, 3 ans ou 5 ans et ce pour chacune de ces périodes. </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fonds communs</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">N° du fonds</td> <td style="text-align: left;">Nom du fonds</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>TOTAL =</td> <td style="text-align: right;">100 %</td> </tr> </tbody> </table> | CATÉGORIES DE PLACEMENT ET FONDS | COTISATIONS | Fonds garantis | | 1 an | _____ % | 3 ans | _____ % | 5 ans | _____ % | Fonds à intérêt quotidien | _____ % | Le total de vos cotisations destinées aux fonds garantis doit atteindre un minimum 50 \$ pour l'ensemble des régimes dans lesquels vous adhérez pour être investi dans le Fonds garanti 1 an, 3 ans ou 5 ans et ce pour chacune de ces périodes. | | Fonds communs | | N° du fonds | Nom du fonds | _____ | _____ % | _____ | _____ % | _____ | _____ % | _____ | _____ % | _____ | _____ % | _____ | _____ % | _____ | _____ % | _____ | _____ % | _____ | _____ % | _____ | _____ % | _____ | _____ % | TOTAL = | 100 % |
| CATÉGORIES DE PLACEMENT ET FONDS | COTISATIONS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonds garantis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 an | _____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 ans | _____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 ans | _____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonds à intérêt quotidien | _____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Le total de vos cotisations destinées aux fonds garantis doit atteindre un minimum 50 \$ pour l'ensemble des régimes dans lesquels vous adhérez pour être investi dans le Fonds garanti 1 an, 3 ans ou 5 ans et ce pour chacune de ces périodes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonds communs | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° du fonds | Nom du fonds | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL = | 100 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Portefeuille conservateur <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>5-20 %</p>  <p>65 %</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p> Revenus fixes</p> <p> Actions canadiennes</p> <p> Actions étrangères</p> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Portefeuille équilibré <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>10-30 %</p>  <p>50 %</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p> Revenus fixes</p> <p> Actions canadiennes</p> <p> Actions étrangères</p> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Portefeuille dynamique <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>15-40 %</p>  <p>35 %</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p> Revenus fixes</p> <p> Actions canadiennes</p> <p> Actions étrangères</p> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Portefeuille énergique <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>20-50 %</p>  <p>20 %</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p> Revenus fixes</p> <p> Actions canadiennes</p> <p> Actions étrangères</p> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Portefeuille audacieux <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>20-50 %</p>  <p>50-80 %</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p> Actions canadiennes</p> <p> Actions étrangères</p> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Note : Votre situation personnelle et les conditions économiques devraient être prises en considération dans vos décisions de placement. Nous vous suggérons de bien analyser celles-ci avant de prendre toute décision de placement et, au besoin, de consulter un conseiller financier. Puisque vos objectifs évoluent continuellement, nous vous recommandons de refaire le questionnaire environ à tous les trois ans ou encore lors d'événements importants (mariage, naissance, invalidité, etc.). | Réinvestissement des dépôts dans les fonds garantis Lorsqu'un dépôt dans les fonds garantis arrivera à échéance, le capital et les intérêts devront être réinvestis de la façon suivante : * cochez une des cases suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> selon le même terme que le dépôt précédent <input type="checkbox"/> selon les directives indiquées ci-dessus * À défaut d'indication de votre part, le capital et les intérêts seront réinvestis pour le même terme que le dépôt précédent. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Consentement relatif à l'administration du régime | |
|--|---|
| O B L I G A T O I R E | <p>Je demande à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie de faire une demande pour l'enregistrement de mon régime d'épargne-retraite en vertu du contrat collectif conformément à la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et, s'il y a lieu, à la Loi sur les impôts (Québec).</p> <p>J'autorise le répondant du régime à traiter, à titre d'agent agissant en mon nom, toutes les questions relatives à la gestion du régime, dont je m'engage à respecter toutes les dispositions. Je certifie que les renseignements que j'ai fournis sont exacts.</p> <p>Je consens, si des «Directives de placement» n'ont pas été indiquées, et si c'est nécessaire, à ce que Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie investisse cent pour cent (100%) de tout montant cotisé dans le fonds sélectionné par le répondant du régime dans cette circonstance.</p> <p>Il est entendu que la valeur des sommes placées dans les fonds à valeur unitaire variera en fonction du rendement de ceux-ci.</p> <p>Toute prestation versée en vertu du régime sera réglée conformément aux dispositions de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et, s'il y a lieu, de la Loi sur les impôts (Québec).</p> <p>Je certifie que tous les renseignements indiqués ci-dessus sont, autant que je sache, véridiques et complets.</p> |
| | Fait à _____ ce _____ jour de _____ 20____ |
| | _____ Signature du proposant |
| | _____ Signature du conjoint (le cas échéant) |
| | _____ Témoin (signataire autorisé du répondant du régime) |

| Déclaration et autorisation à la cueillette et à la communication de renseignements personnels à des tiers | |
|---|---|
| O B L I G A T O I R E | <p>Aux fins d'administration du régime et du versement des prestations, j'autorise l'administrateur et le promoteur du régime, mon représentant légal, intermédiaire de marché, succession, bénéficiaire, conjoint et les institutions financières avec lesquelles je transige à communiquer à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie les renseignements jugés nécessaires qu'ils détiennent à mon sujet.</p> <p>De même, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie à communiquer tous les renseignements qu'elle détient à mon sujet aux tiers mentionnés au paragraphe précédent. J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives.</p> <p>Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original. Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis relatif à la gestion des renseignements personnels.</p> |
| | <input type="checkbox"/> J'autorise _____ <div style="text-align: center;">Signature du proposant</div> |
| | <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas _____ <div style="text-align: center;">Signature du proposant</div> |
| | Fait à _____ ce _____ jour de _____ 20____ |