Fonds de placement garanti RBC®

Formulaire de dépôt forfaitaire supplémentaire

Assurances

Veuillez télécopier le formulaire dûment rempli au 1 866 480-3225
Si vous l'envoyez par la poste :
Compagnie d'assurance vie RBC
a/s de Fiducie RBC Services aux investisseurs, Services aux actionnaires
155 Wellington Street West, 2e étage, Toronto (Ontario) M5V 3L3

Dans le présent formulaire, les termes **vous, votre** et **vos** désignent le titulaire du contrat de Fonds de placement garanti RBC. Les termes nous, notre et nos désignent la Compagnie d'assurance vie RBC.

1. Renseignements sur le titulaire

Votre nom légal (prénom(s) et nom de famille)	**Numéro de compte (il faut une demande distincte pour chaque compte)**
Numéro de téléphone	**Adresse électronique**

2. Dépôt supplémentaire d'une somme forfaitaire à votre compte

Montant de votre dépôt : _____ $

☐ **Débit préautorisé ponctuel :** La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) est autorisée à effectuer un prélèvement ponctuel pour le paiement du dépôt forfaitaire conformément aux instructions de placement figurant dans votre demande de dépôt **(veuillez remplir et signer la Convention de débit préautorisé (DPA) ponctuel et fournir un SPÉCIMEN de chèque portant sur la mention « Nul »)**

☐ Les coordonnées bancaires ont-ils déjà été fournies ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, utilisez les coordonnées bancaires fournies précédemment.

☐ Transfert d'un autre régime enregistré (joindre une copie des documents de transfert appropriés)

☐ Transfert d'un autre contrat ou d'autres contrats de la Compagnie d'assurance vie RBC Contrat(s) : _____
Si l'ordre est passée par l'intermédiaire de Fundserv, indiquez le numéro de l'ordre électronique à la section 3 ci-dessous.

Provenance des fonds – Veuillez répondre à toutes les questions qui s'appliquent.

Les versements au titre de ce contrat sont-ils effectués par un particulier ou une entité autre que le titulaire ? ☐ NON ☐ OUI
Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Renseignements sur le cotisant

Votre nom légal (prénom(s) et nom de famille)	**Date de naissance** (jj/mm/aa)
Lien avec le titulaire	**Dans le cas d'une société, numéro de la société et lieu de constitution.**

Formulaire de dépôt forfaitaire supplémentaire

Assurances

Adresse (numéro, rue et appartement)			
Ville	**Province**	**Code postal**	
Si l'adresse postale indiquée ci-dessus est un numéro de case postale, de poste restante ou de route rurale, veuillez fournir ci-dessous l'adresse municipale.			
Adresse (numéro, rue et appartement)	**Ville**	**Province**	**Code postal**
Votre profession. (titre et nature des activités) (OBLIGATOIRE)	☐ **Retraité**		

3. Instructions de placement – remplir cette section. Indiquez dans quels fonds vous désirez placer vos dépôts.

Numéro du fonds (veuillez consulter la liste de fonds actuelle, formule 108173)	**Affectation du dépôt forfaitaire (%)**	**Frais de souscription initiaux (applicable uniquement aux fonds avec l'option FSI) (%)**	**N° de l'ordre électronique Fundserv (s'il y a lieu)**
RLI	%	%	
RLI	%	%	
RLI	%	%	
RLI	%	%	
TOTAL	**100 %**		

4. Établissez-vous un plan d'achats périodiques par sommes fixes ? ☐ NON ☐ OUI Veuillez nous donner vos instructions à l'égard des transferts :

Dans l'affirmative, les fonds doivent être déposés dans le fonds numéro RLI 4800. Conseillers de RBC Assurances seulement : RLI 4860.

Fréquence : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle

Jour du mois _____ (choisir un jour du 1er au 28)

Mois du premier transfert _____

Transfert au :	
Numéro du fonds	**Montant du transfert ($)**
RLI	
RLI	
RLI	
RLI	

5. Signatures

Vous convenez que les changements, choix et demandes indiqués dans ce formulaire prendront effet selon les conditions qui y sont exposées et seront assujettis aux dispositions du contrat. Vous reconnaissez également avoir lu et compris les conditions décrites dans les quatre pages de ce formulaire.

Signature du titulaire	**Date (jj/mm/aaaa)**
Signature du cotitulaire (s'il y a lieu)	**Date (jj/mm/aaaa)**
Signature du bénéficiaire irrévocable	**Date (jj/mm/aaaa)**

6. Signature du conseiller

En apposant votre signature ci-dessous, vous confirmez avoir reçu des directives de votre client et vous nous demandez d'exécuter les opérations indiquées, sous réserve de nos règles administratives actuelles. Vous attestez également avoir communiqué au client les répercussions possibles (énoncées ci-dessus) de l'opération.

Nom du conseiller	Nom du courtier/de l'agence (s'il y a lieu)	Code du conseiller
Signature du conseiller	Date de signature (jj/mm/aaaa)	Code du courtier

Fonds de placement garanti RBC®

Convention de débit préautorisé (DPA) ponctuel

Assurances

RÉSERVÉ AU SIÈGE SOCIAL MESURE : ACHAT AU MOYEN D'UN RÈGLEMENT PAR TÉLÉVIREMENT

En remplissant et signant la présente convention de DPA ponctuel, le ou les payeurs désignés ci-dessous conviennent de ce qui suit :

1. **La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) est autorisée à effectuer un prélèvement ponctuel de _____ $ pour le paiement du dépôt forfaitaire requis pour le présent contrat, conformément à vos directives de placement indiquées dans votre demande de dépôt.**
2. **En signant la présente convention, vous autorisez RBC Vie à débiter le compte détenu à l'institution financière indiquée ci-dessous.**

Coordonnées bancaires

Veuillez joindre un SPÉCIMEN de chèque personnalisé portant la mention « Nul » (le prélèvement sur un compte de marge de crédit n'est pas autorisé).

Nom de la banque ou de l'institution financière	Numéro de la succursale	Numéro de la banque	Numéro de compte
Adresse			
Ville	**Province**		**Code postal**

Vous convenez de ce qui suit :

- **Le DPA ponctuel sera fait le jour où il est reçu par RBC Vie ou lorsque toutes les exigences relatives à votre demande de dépôt ont été reçues en bonne et due forme. RBC Vie est dispensée d'envoyer un avis avant de prélever le montant du dépôt demandé et présume que les fonds sont disponibles à la date de réception de ce DPA ponctuel. Le ou les payeurs acceptent de renoncer à tout avis qui pourrait s'appliquer à un débit. En d'autres termes, les parties acceptent qu'aucun avis ne soit donné avant la date d'échéance d'un DPA.**
- **La présente convention vise uniquement une opération ponctuelle au montant indiqué ci-dessus et prendra fin dès que le DPA ponctuel aura été fait sur le compte mentionné ci-dessus. La présente convention n'autorise de faire aucun autre prélèvement sur votre compte non lié au prélèvement ponctuel. Il vous faudra remplir une convention de DPA supplémentaire pour tout autre débit. Cette convention peut être résiliée moyennant la présentation d'un avis par le ou les payeurs, fait par écrit ou oralement avec autorisation appropriée pour vérifier l'identité de la personne, dans les 30 jours précédant le jour où le DPA doit avoir lieu. Pour résilier cette convention, vous devez présenter un avis à l'adresse ou au numéro de téléphone.**
- **L'institution financière nommée ci-dessus est autorisée à honorer la présente demande de prélèvement présentée par RBC Vie sur le compte indiqué ci-dessus. Si votre paiement nous est retourné en raison de provisions insuffisantes, nous nous réservons le droit au titre de nos règles administratives de vous facturer des frais en sus du montant indiqué ci-dessus.**
- **En cas de contestation de la présente convention de DPA ponctuel, le ou les payeurs conviennent de communiquer avec RBC Vie. Aux fins des recours, la présente convention de DPA ponctuel est considérée comme un DPA personnel.**
- **Le ou les payeurs ont certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à la présente convention. Par exemple, ils ont le droit de recevoir un remboursement pour tout DPA non autorisé ou non conforme à la présente convention. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur leurs droits de recours, le ou les payeurs peuvent communiquer avec leur institution financière ou consulter le site www.cdnpay.ca.**
- **Les noms et signatures de toutes les personnes dont l'autorisation est requise pour effectuer les prélèvements sur le compte sont fournis ci-dessous.**

Fait à _____ **le** _____ **jour de** _____
Ville (Province) (mois/année)

Nom du payeur (titulaire du compte) en caractères d'imprimerie	Nom du second payeur (titulaire de compte) (le cas échéant) en caractères d'imprimerie
Signature du payeur	**Signature du second payeur (s'il doit autoriser les prélèvements)**

Compagnie d'assurance vie RBC

® / MC Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada, utilisée(s) sous licence.