



Aide-mémoire – Modèle de demande de RER de conjoint

Pour les conseillers de RBC Assurances, entrez Réseau externe de vente de RBC Assurances pour le nom de l'agence, et CAR1 pour le code du courtier.

**Assurances**

FONDS DE PLACEMENT GARANTI RBC (FPG RBC)
DEMANDE DE CONTRAT (contrat non enregistré, RER, RERC, REIR, RERI, CRI, FRR, FISR, FRV, FRRI, FRRP, FRVR)

Renseignements sur le conseiller (OBLIGATOIRE)
Veuillez envoyer la demande dûment remplie et signée à l'adresse suivante :
Compagnie d'assurance vie RBC a/s de Fiducie RBC Services aux investisseurs Services aux actionnaires
155 Wellington Street West,
3rd Floor Toronto, ON M5V 3L3
Télécopieur : 1 866 480-3225

Dans la présente demande, les termes « vous », « votre » et « vos » renvoient au(x) titulaire(s). Les termes « nous », « notre » et « nos » renvoient à la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie). RBC Vie est l'émettrice des contrats de Fonds de placement garanti RBC® (les « contrats ») et la garante de toutes les garanties qui y sont stipulées.

Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie et en appuyant. Tous les changements doivent être parafés par TOUTES les personnes qui signent la présente demande. (Copie papier)

Nom du conseiller (prénom(s) et nom de famille) John Reed	Numéro de téléphone du conseiller 514-123-4567	Code du conseiller (code Fundserve, le cas échéant)
Nom du courtier/de l'agence XYZ Financial	Courriel du conseiller ou du bureau de l'AGD JReed@XYZ.com	Code du courtier

1 Quel type de contrat voulez-vous ?
Veuillez cocher un type de contrat (sous réserve de disponibilité dans votre province). Si vous souhaitez souscrire plusieurs contrats, veuillez remplir une demande distincte pour chaque contrat.

Veuillez obtenir et lire la notice explicative et le contrat des FPG RBC ainsi que l'aperçu des fonds.

☐ Non enregistré	☐ Fonds de revenu de retraite (FRR)
☒ Régime d'épargne-retraite (RER)	☐ Fonds de revenu de retraite de conjoint (FRR de conjoint)
☒ Régime d'épargne-retraite de conjoint (RER de conjoint)	☐ Fonds de revenu viager (FRV)
☐ Régime d'épargne immobilisé restreint (REIR)	☐ Fonds de revenu de retraite immobilisé (FRRI)
☐ Pour les fonds sous réglementation fédérale seulement	☐ Fonds de revenu de retraite prescrit (FRRP)
☐ Régime d'épargne-retraite immobilisé (RERI) ou compte de retraite immobilisé (CRI)*	☐ Fonds de revenu viager restreint (FRVR) Pour les régimes sous réglementation fédérale seulement

S'il est immobilisé, votre contrat sera régi par la législation sur les normes applicables aux régimes de pension de quelle province ou de quel territoire ? _____

Renseignements sur le conjoint cotisant

Remplir cette section si un régime d'épargne-retraite de conjoint ou un fonds de revenu de retraite de conjoint est choisi.

Nom de l'époux ou du conjoint de fait cotisant Mary Smith	Numéro d'assurance sociale (NAS) de l'époux ou du conjoint de fait cotisant 123-456-789	Date de naissance de l'époux ou du conjoint de fait (jj/mm/aaaa) 6/20/1964
---	---	--

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants.

Pour les fonds immobilisés en Alberta, au Manitoba, en Saskatchewan ou en Nouvelle-Écosse, un formulaire de renonciation du conjoint doit être rempli.

- Pour les fonds immobilisés en Colombie-Britannique, un formulaire de consentement du conjoint doit être rempli.
- Pour les fonds immobilisés sous réglementation fédérale, votre formulaire de consentement du conjoint doit être rempli.
- Pour les fonds immobilisés en Ontario ou à Terre-Neuve-et-Labrador, votre époux ou conjoint de fait doit signer ici pour consentir à la souscription du FRV ou FRR :

Nom de l'époux ou du conjoint de fait	Signature de l'époux ou du conjoint de fait	Date de signature (jj/mm/aaaa)

COPIE UN – BUREAU DE CORRESPONDANCE COPIE DEUX – CONSEILLER COPIE TROIS – SUCCURSALE COPIE QUATRE – CLIENT 1
83147 (09/2019) 6F (1)

Cochez Régime d'épargne-retraite de conjoint.

Non requis

Enlever cette bordure avant de détacher les copies.



Renseignements
requis pour
déterminer qui
est le titulaire
du compte.

2 Renseignements sur le titulaire du contrat

Un titulaire de contrat
doit être résident du
Canada aux fins de
l'impôt sur le revenu.

Dans le cas
de CONTRATS
ENREGISTRÉS, le
titulaire est également
le rentier tel que défini
dans la Loi de l'impôt
sur le revenu.

Pour les contrats non enregistrés : Si le titulaire du contrat est une société par actions ou un autre type de personne morale (p. ex., société par actions, fiducie ou autre organisme), veuillez remplir la formule **Titulaire autre que particulier - Fonds de placement garanti RBC**, et joindre des photocopies des documents exigés comme il est indiqué dans la formule.

Votre nom légal (prénom(s) et nom de famille)
Robert Smith
Langue de préférence
(M., Mme, etc.) ☒ Français ☐ Anglais
Adresse postale (numéro, rue et appartement)
123 rue Charles
Ville
Laval Province
Quebec Code postal
M1M 1A1
Numéro de téléphone
514-555-1234 Adresse électronique
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 municipale (numéro, rue et appartement)

Date de naissance
(jj/mm/aaaa) Sexe
☐ Féminin ☐ Masculin Numéro d'assurance sociale (NAS)
ou numéro d'entreprise (NE)

Votre profession. (Titre et la nature des activités) (OBLIGATOIRE)
Professeur ☐ Retraité
Pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement

☐ Passeport ☐ Permis de conduire ☐ Autre pièce d'identité valide avec photo, délivrée
par le gouvernement fédéral ou provincial

Numéro du document
S1234-5678-11111 Date d'expiration
(jj/mm/aaaa)
15/03/2020 Territoire de délivrance du document
Province (le cas échéant)
Quebec Pays
Canada

Déclaration de résidence fiscale (Question obligatoire pour les contrats non enregistrés)

Cochez (✓) toutes les options qui s'appliquent à votre situation.

Êtes-vous résident aux fins de l'impôt d'autres pays que le Canada ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Je suis résident fiscal ou citoyen des États-Unis. NIF des États-Unis
Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'identification
fiscale (NIF) des États-Unis :
Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, avez-vous fait une
demande pour en obtenir un ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Je suis résident fiscal d'un pays autre que le Canada ou les États-Unis
Si vous cochez cette case, veuillez indiquer votre pays de résidence fiscale et vos numéros
d'identification fiscale (NIF).
Si vous n'avez pas de NIF pour un pays, indiquez la raison parmi les choix ci-dessous :

Raison 1 : Je vais demander ou j'ai demandé un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu.
Raison 2 : Mon pays de résidence fiscale n'attribue pas de NIF à ses résidents.
Raison 3 : Autre raison.

Pour ce formulaire, « Autres raisons » est suffisant. Cependant, vous devez quand même donner la
raison précise à votre institution financière.

Pays de résidence fiscale	Numéro d'identification fiscale	Si vous n'avez pas de NIF, choisissez la raison 1, 2, ou 3.

Quelle pièce d'identité
avec photo délivrée
par le gouvernement,
originale et valide,
présentez-vous
pour attester votre
ÂGE et IDENTITÉ,
comme l'exige la loi ?
(OBLIGATOIRE)

N'oubliez pas
d'entrer la langue
de préférence et la
date de naissance.

Information
obligatoire!
La profession,
les détails sur la
pièce d'identité
délivrée par un
gouvernement et le
pays sont requis.

Non requis

Non requis

Remplir les rubriques 3 à 6 pour les contrats non enregistrés uniquement.

3 Déclaration relative à un tiers

Une autre personne ou entité donnera-t-elle des instructions au titulaire de police relativement à la souscription
du contrat, à des dépôts, à des demandes de rachat ou à la réception de paiements ? ☐ Non ☐ Oui
Si vous avez coché oui, remplissez la formule Déclaration de tiers.

Le contrat aura-t-il des cotitulaires ? (Sans objet au Québec)
 Nous enverrons les renseignements relatifs au contrat et les envois postaux, futurs à l'adresse du titulaire indiquée à la rubrique 2. **La copropriété avec droit de survie signifie qu'au décès de l'un des titulaires, le titulaire survivant deviendra le titulaire exclusif du contrat, sauf si le titulaire décédé est le seul rentier. (Sans objet au Québec)**
 Quelle pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement, originale et valide, présentez-vous pour attester l'IDENTITÉ du titulaire, comme l'exige la loi ? **(OBLIGATOIRE)**
 Au Québec, les cotitulaires qui désirent obtenir la même portée juridique que le droit de survie doivent chacun nommer l'autre titulaire comme son titulaire de police subrogé.

☒ Non ☐ Oui (veuillez remplir la section suivante)
 Le titulaire sera-t-il le rentier remplaçant ?
☐ Non (le contrat prendra fin au décès du rentier principal)
☐ Oui (le contrat demeurera en vigueur au décès du rentier principal)
 Nom légal complet du titulaire (prénom(s) et nom de famille) Titre du titulaire (Mme, M., etc.)
 Adresse postale (numéro, rue et appartement) ☐ **LA MÊME QU'À LA RUBRIQUE 2**
 Ville Province Code postal Numéro de téléphone
 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 municipale (numéro, rue et appartement)
 Date de naissance (jj/mm/aaaa) Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin Numéro d'assurance sociale (NAS) ou numéro d'entreprise (NE)
Votre profession. (Titre et la nature des activités) (OBLIGATOIRE) ☐ Retraité
 Pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement
☐ Passeport ☐ Permis de conduire ☐ Autre pièce d'identité valide avec photo, délivrée par le gouvernement fédéral ou provincial
 Numéro du document Date d'expiration (jj/mm/aaaa) Territoire de délivrance du document
 Province (le cas échéant) Pays
 Au Québec seulement :
☐ En tant que titulaire du contrat, je désigne par les présentes le titulaire indiqué à la section 4 à titre de titulaire subrogé de ma police.
☐ En tant que titulaire du contrat, je désigne par les présentes le titulaire du contrat indiqué à la section 2 à titre de titulaire subrogé de ma police.
Déclaration de résidence fiscale (Question obligatoire pour les contrats non enregistrés)
 Cochez (✓) toutes les options qui s'appliquent à votre situation.
Êtes-vous résident aux fins de l'impôt d'autres pays que le Canada ? ☐ Oui ☐ Non
☐ **Je suis résident fiscal ou citoyen des États-Unis.** Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'identification fiscale (NIF) des États-Unis : NIF des États-Unis
 Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, avez-vous fait une demande pour en obtenir un ? ☐ Oui ☐ Non
☐ **Je suis résident fiscal d'un pays autre que le Canada ou les États-Unis.** Si vous cochez cette case, veuillez indiquer votre pays de résidence fiscale et vos numéros d'identification fiscale (NIF).
 Si vous n'avez pas de NIF pour un pays, indiquez la raison parmi les choix ci-dessous :
Raison 1 : Je vais demander ou j'ai demandé un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu.
Raison 2 : Mon pays de résidence fiscale n'attribue pas de NIF à ses résidents.
Raison 3 : Autre raison.
 Pour ce formulaire, « Autres raisons » est suffisant. Cependant, vous devez quand même donner la raison précise à votre institution financière.

Pays de résidence fiscale	Numéro d'identification fiscale	Si vous n'avez pas de NIF, choisissez la raison 1, 2, ou 3.

5. Souhaitez-vous nommer un titulaire remplaçant ?
 Vous pouvez nommer quelqu'un pour vous succéder à titre de titulaire du contrat dans l'éventualité de votre décès.
☐ Oui (veuillez remplir la section suivante) ☒ Non
 Nom légal complet du titulaire remplaçant (prénom(s) et nom de famille) Lien avec le titulaire de contrat
 Au Québec, le titulaire remplaçant est appelé titulaire subrogé.

COPIE UN – BUREAU DE CORRESPONDANCE COPIE DEUX – CONSEILLER COPIE TROIS – SUCCURSALE COPIE QUATRE – CLIENT 3
 83147 (09/2019) 6F (3)

Non requis

Non requis

Enlever cette bordure avant de détacher les copies.

Une rente immédiate non escomptable nécessite la formule Désignation de bénéficiaire et choix de l'option de règlement – Fonds de placement garanti RBC. Cliquez [ici](#) pour accéder à la formule.

Important !
Les proposants du Québec doivent cocher la case « Révocable ».

6 Le rentier est-il différent du titulaire ?
Au décès du rentier, le contrat prend fin à moins qu'un rentier remplaçant ne soit nommé à la rubrique 4 ou 7.
Si cette section n'est pas remplie, le rentier sera la personne nommée à la rubrique 2.

☐ Oui (veuillez remplir la section suivante) ☐ Non
Nom légal complet du rentier (prénom(s) et nom de famille) Lien avec le titulaire de contrat

Adresse (numéro, rue et appartement) ☐ **LA MÊME QU'À LA RUBRIQUE 2**

Ville Province Code postal Numéro de téléphone

Date de naissance (jj/mm/aaaa) Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin

7 Y a-t-il un rentier remplaçant ?
☐ Oui (veuillez remplir la partie suivante) ☐ Non
Nom légal (prénom(s) et nom de famille) Lien avec le titulaire de contrat

Adresse (numéro, rue et appartement) ☐ **LA MÊME QU'À LA RUBRIQUE 2**

Ville Province Code postal Numéro de téléphone

Date de naissance (jj/mm/aaaa) Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin

a) Contrat non enregistré : Si vous nommez un rentier remplaçant, au décès du premier rentier, aucun capital-décès ne sera versé et le contrat sera maintenu en vigueur (si vous êtes nommé **cotitulaire**, veuillez remplir uniquement la section 4)

b) FRR et FRRP : Le rentier remplaçant doit être votre époux ou conjoint de fait. À votre décès, ce contrat sera maintenu en vigueur et votre époux ou conjoint de fait en deviendra le titulaire.

8 Désignation de bénéficiaire et choix de l'option de règlement ?
La personne ou les personnes que vous nommez ici recevront un capital-décès au décès du dernier rentier survivant. Ne peut être la même personne que le rentier ou le rentier remplaçant.

8a RENTE OPTION DE RÈGLEMENT
Si vous désirez que le capital-décès soit versé à un ou plusieurs de vos bénéficiaires sous forme de rente non rachetable, veuillez :
1) cocher ici ☐ et
2) remplir la formule Désignation de bénéficiaire et choix de l'option de règlement – Fonds de placement garanti RBC en même temps que la présente demande (ne pas remplir les tableaux de désignation de bénéficiaire ci-dessous).

8b Lorsqu'un premier bénéficiaire décède avant le dernier rentier survivant, la part des prestations attribuée à ce premier bénéficiaire sera distribuée au prorata entre les premiers bénéficiaires restants.
Pour les RER, RERC, CRI, RERI, REIR :
Vous désignez par les présentes la personne ou les personnes nommées aux présentes à titre de bénéficiaires aux termes du fonds enregistré de revenu de retraite découlant de la transformation automatique de votre RER, à moins que nous recevions des directives écrites de votre part indiquant le contraire.
Si aucun bénéficiaire n'est désigné, le capital-décès sera versé à la succession.

Nom légal du ou des premiers bénéficiaires (Ne peut être la même personne que le rentier ou le rentier remplaçant. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez utiliser la section Renseignements supplémentaires.)	Lien avec le titulaire	Part des prestations
Mary Smith	Épouse	100 %
		%
		%
TOTAL (doit être égal à 100 %)		100%

Nom légal du ou des bénéficiaires subsidiaires Un bénéficiaire subsidiaire n'a aucun droit si un premier bénéficiaire nommé existe.	Lien avec le titulaire	Part des prestations
		%
		%
		%
TOTAL (doit être égal à 100 %)		100%

QUÉBEC SEULEMENT : Si vous avez nommé votre époux ou conjoint de fait à titre de bénéficiaire, la désignation est irrévocable à moins que vous ne cochiez la case ci-contre :
☒ **RÉVOCABLE**

Fiduciaire(s) pour des bénéficiaires mineurs (sauf au Québec) :
Vous nommez et autorisez par les présentes le ou les fiduciaires à utiliser à leur gré les prestations découlant du contrat pour l'éducation ou l'entretien courant des bénéficiaires et à exercer tout droit des bénéficiaires aux termes du contrat. Le ou les fiduciaires peuvent investir dans tout produit offert par RBC® ou ses sociétés affiliées ou d'autres placements autorisés pour les fiduciaires.

COPIE UN – BUREAU DE CORRESPONDANCE COPIE DEUX – CONSEILLER COPIE TROIS – SUCCURSALE COPIE QUATRE – CLIENT 4
83147 (09/2019) 6F (4)

Enlever cette bordure avant de détacher les copies.

Non requis

Non requis

Si la succession est désignée comme bénéficiaire, il se peut que des frais d'homologation s'appliquent

Le total doit correspondre à 100 %



Renseignements sur le cotisant obligatoires s'il n'est pas le titulaire (p. ex. Entreprise ABC).

S'il y a lieu, cliquez ici pour obtenir le formulaire de DPA ponctuel. Joignez un chèque portant la mention « Nul » au formulaire de DPA à la présentation de la demande de contrat.

L'attribution d'un montant forfaitaire doit être au minimum de 1 000 \$ par numéro de fonds. L'attribution mensuelle du DPA minimum doit être au minimum de 50 \$ par numéro de fonds.

Cette section doit être remplie aux fins de soumission.

La profession est requise.

Pour les dépôts mensuels, un débit préautorisé doit être établi et un spécimen de chèque doit accompagner cette application.

Le total doit correspondre à 100 %

9 Provenance des fonds

Un paiement au titre de ce contrat est-il effectué au moyen d'une traite, d'un mandat ou d'un chèque non personnalisé ? ☐ Non ☐ Oui
Type d'effet négociable _____
Donnez une brève description de la provenance des fonds. _____

Renseignements sur le cotisant

Nom légal (prénom, initiale, nom de famille) _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____

Relation avec le titulaire _____ Dans le cas d'une société, fournir le numéro de la société et le lieu de constitution. _____

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.
Votre profession (titre de poste et nature des activités) (OBLIGATOIRE) _____ ☐ Retraité

10 Quel est le montant de votre dépôt forfaitaire ?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

Le montant de votre dépôt initial doit être d'un minimum de 1 000 \$ pour tous les types de contrats, à l'exception des FRR, FRV, FRRI, FRFP et FRVR, pour lesquels le minimum est de 10 000 \$. Pour les transferts, veuillez envoyer les documents originaux et une copie du dernier relevé du client directement à l'institution cédante. Joindre les copies de ces documents à la présente demande.

☐ Chèque fait à l'ordre de la Compagnie d'assurance vie RBC ou de votre agence – Pour les contrats non enregistrés, RER et RER de conjoint uniquement.
** Les chèques doivent être imprimés à l'avance et personnalisés avec le nom et l'adresse du payeur.

☒ Un prélèvement ponctuel sur votre compte bancaire. Veuillez remplir la formule **Convention de débit préautorisé (DPA) ponctuel – Gestion de patrimoine, RBC Assurances (formule 110383)** et la joindre à la présente demande.

☒ Montant 10,000 Nom de l'institution Banque ABC Numéro de compte 3456789

☐ Montant _____ Nom de l'institution _____ Numéro de compte _____

11 Souhaitez-vous effectuer des dépôts mensuels par DPA ?

☒ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir et signer la **Convention DPA au verso de cette demande** et joindre un **SPÉCIMEN de chèque personnalisé portant la mention « Nul »**.
Si le compte en banque est détenu conjointement avec quelqu'un d'autre que vous ou appartient à quelqu'un d'autre que vous, veuillez demander à cette personne d'autoriser la DPA en signant l'accord de DPA. Tous les dépôts effectués deviennent la propriété du titulaire du contrat et aucun droit n'est accordé à l'autre titulaire du compte bancaire.

Montant de votre dépôt mensuel (\$)	Mois de votre premier dépôt	Date de votre dépôt mensuel (veuillez préciser une date du 1 ^{er} au 28)
100	février	1

12 Dans quel Fonds de placement garanti RBC investissez-vous ?

Inscrivez le numéro des fonds que vous avez choisis et le pourcentage que vous attribuez à chaque fonds. L'attribution d'un montant forfaitaire doit être au minimum de 1 000 \$ par numéro de fonds.
** Les DPA mensuels ne sont permis que pour les contrats non enregistrés, les RER et les RER de conjoint.

L'attribution mensuelle du DPA doit être au minimum de 50 \$ par numéro de fonds. Les dépôts forfaitaires ultérieurs devront être accompagnés de nouvelles directives de placement.
En cas d'établissement d'un programme d'APSF, voir la section 13.

Veuillez vous assurer que les numéros de fonds correspondent bien au type de produit, au fonds et à l'option des frais de souscription du fonds que vous souhaitez souscrire. Veuillez consulter la couverture intérieure de cette demande pour connaître les numéros de fonds.

Numéro du fonds	Pour les FSI seulement Frais de souscription initiaux* 0 % à 5 %	Attribution d'un montant forfaitaire	Attribution mensuelle du DPA**
RLI 1570	%	100 %	100 %
RLI	%	%	%
RLI	%	%	%
RLI	%	%	%
RLI	%	%	%
RLI	%	%	%
Total 100%			

* Applicable uniquement aux fonds avec l'option FSI. Veuillez consulter la notice explicative des FPG RBC pour connaître le maximum des frais de souscription initiaux. Si les frais de souscription initiaux ne sont pas indiqués, les frais minimaux s'appliquent. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, utilisez la section Renseignements supplémentaires.

COPIE UN – BUREAU DE CORRESPONDANCE COPIE DEUX – CONSEILLER COPIE TROIS – SUCCURSALE COPIE QUATRE – CLIENT 5
83147 (09/2019) 6F (5)

Enlever cette bordure avant de détacher les copies.



13 Établissez-vous un programme d'achats périodiques par sommes fixes ?

Dans l'affirmative, les fonds indiqués à la section 12 doivent être déposés dans le fonds numéro RLI 120 s'il s'agit d'un transfert de fonds de la Série 1 à la Série 2 ou dans le RLI 125, s'il s'agit d'un transfert de fonds à la Série Placement.

Conseillers de RBC Assurances seulement RLI 160 s'il s'agit d'un transfert de fonds de la Série 1 à la Série 2 ou RLI 165, s'il s'agit d'un transfert de fonds à la Série Placement.

☐ Non ☐ Oui Veuillez nous donner vos instructions à l'égard des transferts :

Fréquence : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle Jour du mois : _____ (choisissez un jour entre 1 et 28)

Mois du premier transfert : _____

Transfert au :

Numéro du fonds	Montant du transfert (\$)
RLI	
RLI	
RLI	
RLI	

14 Renseignements sur les paiements à date fixe (PDF) et les PDF pour les FERR/FRV/FRRI/FRRP/FRVR

Paiement à date fixe Veuillez cocher une case :

☐ Minimum du FRR, FRV, FRRI, FRRP, FRVR

☐ Maximum du FRV, FRRI, FRVR

☐ Montant uniforme précisé par le client _____ (\$) ☐ Brut ☐ Net

☐ Montant indexé précisé par le client et indexé annuellement Pourcentage d'indexation _____ (%)

Si vous ne choisissez pas une option de paiement à date fixe, nous vous enverrons le paiement minimal requis.

Retenue d'impôt additionnelle facultative Pourcentage fédéral (%) _____

Pourcentage provincial additionnel facultatif (pour les résidents du Québec) (%) _____

Pour les transferts à un FRV au Québec, le revenu maximal dans l'année du transfert sera uniquement calculé si l'annexe de déclaration applicable est remplie.

Si la loi le permet, le montant minimal de votre FERR, FRV, FERR immobilisé, FERR prescrit ou FRV restreint est-il basé sur l'âge de votre époux ou conjoint de fait ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants.

Nom de votre époux ou conjoint de fait (prénom(s) et nom de famille) _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin	Numéro d'assurance sociale (NAS) ou numéro d'entreprise (NE)

14b. Paiements à date fixe de contrats non enregistrés

L'établissement de paiements à date fixe est limité aux comptes d'une valeur minimale de 10 000 \$. Le paiement minimal est de 100 \$ par fonds.

Montant : _____ \$ ☐ Brut ☐ Net

14c. Instructions de retrait de tous les paiements à date fixe

Veuillez indiquer les numéros des fonds et le pourcentage que vous retirez de chaque fonds :

Numéro du fonds	Paiements à date fixe
RLI	_____ %
RLI	_____ %
RLI	_____ %
RLI	_____ %
RLI	_____ %
RLI	TOTAL 100%

14d. Instructions de paiement de tous les paiements à date fixe

Fréquence des paiements ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle

Date de début du paiement

Année _____ Mois _____ Date (veuillez préciser une date du 1^{er} au 28)

Veuillez joindre un SPÉCIMEN DE CHÈQUE personnalisé, portant la mention « Nul ».

15 Renseignements supplémentaires

Veuillez inscrire ici les renseignements ou instructions supplémentaires.

COPIE UN – BUREAU DE CORRESPONDANCE COPIE DEUX – CONSEILLER COPIE TROIS – SUCCURSALE COPIE QUATRE – CLIENT 6

83147 (09/2019) 6F (6)

Si vous exercez une option, les fonds indiqués à la partie 12 doivent être déposés dans le fonds 120 ou 125. Les conseillers de RBC Assurances doivent sélectionner le fonds 160 ou 165.

Non requis

Enlever cette bordure avant de détacher les copies.

16 Veuillez signer ici

S'il y a plusieurs titulaires du contrat, tous les titulaires doivent signer ici.

Pour les sociétés par actions, deux dirigeants doivent signer et inclure leur titre.

Pour les fiducies, tous les fiduciaires doivent signer à moins de disposition contraire prévue dans la convention de fiducie.

La notice explicative et le contrat ainsi que l'aperçu des fonds renferment des renseignements importants et devraient être lus avant d'investir.

Déclaration du client

En apposant votre signature ci-dessous, vous confirmez que :

- vous avez reçu un exemplaire de la demande et de la Notice explicative et contrat des Fonds de placement garanti RBC ainsi que l'aperçu des fonds, et votre conseiller vous en a expliqué la teneur ;
- vous avez lu l'information figurant dans les sections « Collecte et utilisation des renseignements personnels » et « Ce que vous reconnaissez et ce dont vous convenez en signant la présente demande » qui font partie intégrante de la présente demande ;
- si les fonds de placement garanti sont immobilisés, vous reconnaissez par les présentes avoir examiné l'avenant relatif au régime applicable dans le territoire applicable, lequel avenant fait partie intégrante de votre contrat.
- Manitoba seulement : la demande de contrat doit être accompagnée de l'avenant signé.

Signature du titulaire du contrat <i>Robert Smith</i>	Date de signature (jj/mm/aaaa) 15/01/2019	Province Quebec
Signature du titulaire du contrat no 2 (le cas échéant)	Date de signature (jj/mm/aaaa)	Province
Signature du rentier (s'il est différent du titulaire)	Date de signature (jj/mm/aaaa)	Province
Signature du rentier remplaçant (s'il est nommé à la rubrique 4 ou 7)	Date de signature (jj/mm/aaaa)	Province

Déclaration du conseiller

En apposant sa signature ci-dessous, le conseiller confirme :

- qu'il a présenté et expliqué le contenu de la présente demande de contrat et du document Notice explicative et contrat (y compris l'aperçu des fonds) des Fonds de placement garanti RBC ;
- qu'il détient les autorisations appropriées et qu'il reçoit une rémunération si RBC Vie accepte la présente demande ;
- qu'il a déclaré par écrit ce qui suit au titulaire proposé :
 - le nom de l'entreprise ou des entreprises qu'il représente,
 - le fait qu'il reçoit une commission ou une rémunération pour la vente de produits de placement reposant sur l'assurance,
 - le fait qu'il pourrait recevoir des bonis ou des avantages non pécuniaires, comme des invitations à des congrès ou d'autres incitatifs, et
 - tout conflit d'intérêt qu'il pourrait avoir relativement à la vente de ce produit ;
- qu'à la date indiquée ci-dessous, le titulaire a présenté l'original d'une pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement pour attester son identité et que le nom de l'auteur de la demande, le type de document, la juridiction et le pays de délivrance, le numéro du document et la date d'expiration (le cas échéant) ont été transcrits avec exactitude à partir de ce document.
- qu'il a remis le document « **Principles for the Sale of Insurance** » (Principes relatifs à la vente d'assurance) aux proposants qui résident à Terre-Neuve-et-Labrador.
- Si la présente demande est envoyée par télécopieur à Fiducie RBC Services aux investisseurs, vous convenez de NE PAS envoyer l'original de la demande par la poste. **En cas d'opérations en double par suite de la transmission d'une télécopie et de l'original, il vous incombera à titre de conseiller d'assumer les frais pertinents aux redressements en question (s'il y a lieu).** Nous avons le droit de demander l'original de la demande si la télécopie n'est pas lisible.

Signature du conseiller <i>John Reed</i>	Date de signature (jj/mm/aaaa) 15/01/2019
---	---

Remettez les documents de point de vente au client.

Requis selon les choix faits aux sections 4 et 7

Enlever cette bordure avant de détacher les copies.



Accord de débit préautorisé (DPA)

Veuillez lire avec attention la section intitulée « Collecte et utilisation des renseignements personnels ».

Le ou les payeurs nommés ci-après conviennent de ce qui suit :

1. a) Ils autorisent la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) à effectuer des prélèvements périodiques sur le compte bancaire qu'ils détiennent à l'institution financière nommée ci-dessous, ou à toute autre institution financière qu'ils pourraient désigner à une date ultérieure, pour effectuer les dépôts conformément au calendrier de versement des dépôts de leur contrat, y compris le dépôt initial si la présente demande de contrat l'exige.
- b) **RBC Vie est dispensée de leur adresser un préavis avant de prélever le dépôt initial, ou en cas de changement du montant du prélèvement.**
- c) À moins d'indication contraire dans la section Directives spéciales ci-dessous, les prélèvements auront lieu le jour du mois auquel le dépôt du contrat est exigible, ou si cet accord s'applique à plus d'un contrat, les prélèvements seront alors effectués à la date de prélèvement du ou des contrats déjà en vigueur.
- d) L'institution financière nommée ci-dessous est par la présente autorisée à honorer à partir de maintenant les demandes de prélèvement présentées par RBC Vie sur le compte bancaire indiqué ci-dessous, y compris la présentation de nouveau d'une demande de prélèvement dans les 30 jours suivant la non-acceptation du prélèvement initial.
- e) Ils s'engagent à informer RBC Vie de tout changement aux renseignements sur le compte indiqués ci-dessous au moins 20 jours avant le prochain prélèvement prévu. Ils conviennent qu'à l'occasion, ils peuvent autoriser RBC Vie à effectuer ces prélèvements sur un autre compte, suivant leurs instructions écrites.
- f) Ils peuvent, tout comme RBC Vie, mettre fin à cet accord, sous réserve d'un préavis de résiliation par écrit d'au moins 20 jours, et ce, pour tous les contrats visés par l'accord. Ils peuvent obtenir de l'information supplémentaire sur leurs droits concernant la résiliation du DPA en consultant le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca.
- g) En cas de contestation d'un DPA, ils conviennent d'en informer RBC Vie. En cas de recours, ce DPA est considéré s'appliquer à un compte personnel.
- h) Les noms et signatures de toutes les personnes dont l'autorisation est requise pour effectuer les prélèvements sur le compte sont fournis ci-dessous.
2. À ajouter au DPA en vigueur du ou des contrats numéros _____
3. Directives spéciales (les prélèvements doivent être effectués entre le 1^{er} et le 28 du mois) _____

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 domiciliation	Numéro de banque	Numéro de compte
Adresse			
Ville		Province	Code postal
Fait à _____ (ville/province) le _____ jour de _____ (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 (le cas échéant)	

Enlever cette bordure avant de détacher les copies.

Joignez le spécimen de chèque lorsque vous soumettez la formule de débit préautorisé.

Assurez-vous de remettre une copie au client, au bureau et à la succursale.

COPIE UN – BUREAU DE CORRESPONDANCE COPIE DEUX – CONSEILLER COPIE TROIS – SUCCURSALE COPIE QUATRE – CLIENT 8
83147 (09/2019) 6F (8)