

Entente de prélèvement automatique des cotisations (PAC)

Conseils en planification de placements ou aide pour remplir la présente – appelez :
1.800.561.9401 ou 416.296.9401

Veillez retourner la demande dûment remplie au :
CDSPI, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4
Télécopieur : 1.866.561.2250 or 416.296.9459
Courriel : cdspi@cdspi.com

20-

Contrat de rente établi par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

NOUVEAU PAC PASSER AU PAC EN VIGUEUR ANNULER LE PAC EN VIGUEUR (Date d'effet :

Jour	Mois	Année			

)

SECTION 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

COMPTE DU RÉGIME DU CDSPI N° : _____ TYPE DE RÉGIME : RER REEE CELI Compte d'investissement

Nom du titulaire du régime (prénom, deuxième prénom ou initiale et nom de famille)

Nom du titulaire du régime de conjoint (prénom, deuxième prénom ou initiale et nom de famille)

SECTION 2 RENSEIGNEMENTS BANCAIRES (JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE PORTANT LA MENTION « NUL »)

- Par le présent formulaire, j'autorise/nous autorisons le CDSPI à débiter le compte bancaire ci-dessous du montant et selon la périodicité énoncés à la Section 3.
- Par le présent formulaire, je/nous dégage/dégageons le CDSPI de l'exigence de me/nous fournir à l'avance un avis écrit de la date d'échéance du premier débit au compte bancaire et du montant à débiter avant la date d'un tel débit.

A. NOM(S) DU COMPTE BANCAIRE : _____ B. TYPE DE DÉBIT : Personnel Professionnel

C. ÉTABLISSEMENT FINANCIER : _____ N° d'établissement financier _____ N° de domiciliation _____ N° de compte _____

D. _____ Date :

Jour	Mois	Année			

Signature du titulaire du compte bancaire

_____ Date :

Jour	Mois	Année			

Signature du titulaire du compte conjoint bancaire

SECTION 3 DIRECTIVES D'INVESTISSEMENT

Visitez le www.cdspi.com pour consulter la liste des fonds du CDSPI ou contactez un conseiller agréé relevant du CDSPI Services consultatifs Inc. au 1.800.561.9401. Des restrictions s'appliquent aux services consultatifs dans certaines juridictions.

A. CHOIX DE FONDS :

Par le présent formulaire, j'autorise/nous autorisons le CDSPI à investir les montants débités de mon/notre compte bancaire comme suit :

NOM DU FONDS DE PLACEMENT*	MONTANT DU PAC** (\$ ou %)
	\$ %
	\$ %
	\$ %
	\$ %
	\$ %

* Les fonds garantis ne sont pas offerts pour l'Entente de prélèvement automatique des cotisations.

** Le montant du PAC minimum est de 25 \$ par fonds de placement.

B. RÉPARTITION DES COTISATIONS (REEE SEULEMENT) :

La cotisation REEE débitée de mon/notre compte sera répartie équitablement entre tous les bénéficiaires à moins qu'un pourcentage soit indiqué ci-dessous :

NOM DU BÉNÉFICIAIRE	POURCENTAGE
1.	
2.	
3.	
4.	
100 %	

C. TOTAL DU PAC : _____ \$ D. DATE D'EFFET :

Jour	Mois	Année			

E. FRÉQUENCE DES DÉDUCTIONS :

- une fois par semaine 7, 14, 21 et 28 du mois deux fois par mois : _____ les 1^{er} et 15 du mois OU _____ les 15 et 28 du mois
 une fois par mois le _____ du mois (N.B. : Les 29, 30 et 31 du mois ne sont pas des dates admissibles pour les prélèvements automatiques.)

SECTION 4 MODALITÉS ET CONDITIONS

- J'ai/nous avons certains droits de recours si le débit n'est pas conforme à cette entente. Par exemple, je/nous suis/sommes en droit de recevoir un remboursement pour tout débit non autorisé par ou non conforme à cette entente. Pour obtenir un échantillon de formulaire d'autorisation ou de plus amples renseignements au sujet de ces droits de recours, je/nous peux/pouvons contacter mon/notre établissement financier ou visiter le www.cdnpay.ca.
- Il est entendu que je/nous peux/pouvons changer ces directives ou annuler la présente entente en tout temps, à condition que le CDSPI reçoive un avis écrit au moins dans les 2 jours ouvrables. Je/nous peux/pouvons obtenir un échantillon de formulaire d'annulation ou de plus amples renseignements au sujet de mon/notre droit d'annuler une entente de prélèvement automatique des cotisations auprès de mon/notre établissement financier ou en visitant le www.cdnpay.ca.
- Je/nous conviens/convenons que les renseignements figurant dans le présent formulaire seront divulgués à l'établissement financier dans la mesure où la divulgation de ces renseignements se rapporte directement aux règles afférentes aux débits préautorisés ou sont nécessaires pour appliquer ces règles comme il se doit.
- Je/nous conviens/convenons d'aviser le CDSPI immédiatement si j'apporte/nous apportons tout changement au compte bancaire énoncé à la Section 2, notamment si ce compte bancaire est transféré auprès d'un autre établissement financier ou d'une autre succursale.
- Je/nous confirme/confirmons que toutes les personnes dont la signature est exigée pour l'autorisation des transactions dans le compte bancaire fourni ont signé la présente entente.
- Je/nous reconnais/reconnaissons et j'accepte/nous acceptons que je/nous suis/sommes entièrement responsable de tous frais engagés si les débits ne peuvent pas être effectués en raison d'une insuffisance de fonds ou pour toute autre raison que ce soit dont je/nous pourrais/pourrions être tenu(s) responsable(s).
- Je/nous reconnais/reconnaissons que le CDSPI peut annuler la présente entente de prélèvement automatique des cotisations (PAC) en tout temps dans les 5 jours suivant la réception d'un avis écrit.

SECTION 5 AUTORISATION

_____ Date :

Jour	Mois	Année			

Signature du titulaire du régime

_____ Date :

Jour	Mois	Année			

Signature du titulaire du régime de conjoint