



# Demande de souscription de fonds indispensables Sélects

compte d'épargne libre d'impôt  
pour l'achat d'une première  
propriété (CELIAPP)

Fonds distincts  
Épargne-retraite



En tant que cliente ou client de l'Assurance vie Équitable, vous aurez instantanément accès aux renseignements sur votre contrat par l'entremise du site **Accès à la clientèle de l'Équitable!**

### Qu'est-ce que le site Accès à la clientèle de l'Équitable?

Il s'agit de notre site en ligne sécurisé qui vous permet d'accéder à des outils et à des renseignements sur votre contrat, à votre portée. Grâce au site Accès à la clientèle de l'Équitable vous pouvez :

- **Visualiser les particularités du contrat, y compris :**
  - l'affectation et la valeur marchande des placements
  - l'historique des opérations et les garanties
  - les renseignements sur les paiements par débit préautorisé
  - les renseignements sur les fonds et le rendement
- **Mettre à jour vos renseignements personnels, y compris :**
  - l'adresse et les coordonnées
  - les renseignements bancaires et la date du débit préautorisé
  - les bénéficiaires
- **Accéder à vos relevés, vos feuillets d'impôt et vos lettres.**
- **Et plus encore!**

### Il y a deux façons de s'inscrire à l'Accès à la clientèle de l'Équitable :

1. En inscrivant votre adresse courriel sur la présente demande de souscription; l'Assurance vie Équitable vous transmettra par courriel un lien d'inscription dès que votre contrat est en vigueur.
2. En visitant le site [client.equitable.ca/client/fr](http://client.equitable.ca/client/fr) et en cliquant sur « Créer le compte » dès que vous recevez l'avis d'exécution de votre contrat.

Avez-vous des questions ou aimeriez-vous que l'on vous aide à créer votre compte? Notre équipe du Service à la clientèle se fera un plaisir de vous aider. Vous pouvez la joindre au 1 800 668-4095.



## DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS – CELIAPP

Toutes les sections doivent être remplies, sauf si la mention « facultative » apparaît dans le titre de la section.

|   |   |
|---|---|
| Nom de la conseillère ou du conseiller  | Nom du courtier ou de l'AGG   |
| Code de représentant FundSERV<br>(si la conseillère ou le conseiller n'est pas admissible au réseau FundSERV, veuillez fournir le code de conseiller) | Code de courtier FundSERV<br>(si l'AGG n'est pas admissible au réseau FundSERV, veuillez fournir le numéro de succursale) |
| Adresse courriel de la conseillère ou du conseiller   | Adresse courriel de l'AGG   |

*Réservé à l'usage interne :*  
 Numéro de contrat :

*Demandes électroniques seulement :*  
 Numéro de demande de souscription :

Date à laquelle la demande a été générée :

### 1. TYPE DE RÉGIME

La présente demande de souscription est destinée au compte d'épargne libre d'impôt pour l'achat d'une première propriété (CELIAPP).  
 Veuillez sélectionner une catégorie de garantie :

Fonds indispensables Sélects, catégorie Placement 75/75     Fonds indispensables Sélects, catégorie Succession 75/100

### 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE OU LE RENTIER (LE TITULAIRE DU CELIAPP)

Afin d'être admissible à l'achat d'un compte d'épargne libre d'impôt pour l'achat d'une première propriété (CELIAPP), la ou le titulaire doit être résidente ou résident du Canada, avoir au moins 18 ans et être acheteuse ou acheteur potentiel d'une première habitation. Afin d'être admissible à titre d'acheteuse ou acheteur d'une première habitation, la ou le titulaire ainsi que sa conjointe ou son conjoint ne peuvent pas avoir été propriétaires d'une habitation dans laquelle ils ont vécu comme résidence principale, à tout moment pendant l'année civile au cours de laquelle le compte a été ouvert ou à tout moment au cours des quatre années civiles précédentes.

Le titulaire est-il admissible à l'achat d'un compte d'épargne libre d'impôt pour l'achat d'une première propriété (CELIAPP)?

Oui – la ou le titulaire certifie qu'il répond aux critères d'admissibilité à titre de particulier admissible  
 Non – n'allez pas de l'avant avec la demande de souscription

M.  Mme

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)

Sexe :  masculin  féminin

Numéro d'assurance sociale (NAS)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Date d'expiration (le cas échéant)

Adresse (numéro, rue et appartement)

Ville ou municipalité

Province

Code postal

Numéro de téléphone

Date de naissance (aaaa/mm/jj)

Adresse courriel

**Il est important d'indiquer  
 votre adresse courriel!**

← Dès que le contrat est actif, nous enverrons un courriel à la ou au titulaire de contrat comportant un lien pour s'inscrire sur le site **Accès à la clientèle de l'Équitable**. Ce site Web lui permet de visualiser et de gérer les renseignements sur son contrat.

Emploi (si vous êtes à la retraite ou sans emploi, veuillez indiquer votre ancien emploi) :

Titre de poste : \_\_\_\_\_

Fonctions : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification du CELIAPP : \_\_\_\_\_ (réservé à l'usage interne)



## DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS – CELIAPP

### 3. RENTIER SUCESSEUR OU TITULAIRE SUBSIDIAIRE (SECTION FACULTATIVE)

Au décès de la rentière ou du rentier, le contrat demeurera en vigueur et, par conséquent, aucune prestation de décès ne sera versée jusqu'au décès de la rentière successeuse ou du rentier successeur. Nota : les titulaires désignés détiennent tous les droits contractuels.

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme<br><br>Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin | Nom de la rentière successeuse ou du rentier successeur<br>(prénom, initiale du second prénom, nom de famille)  | Lien avec le rentier<br>(doit être légalement marié ou conjoint de fait) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |
| Adresse (numéro, rue et appartement) (si elle diffère de celle du rentier)  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |
| Ville ou municipalité   | Province  | Code postal  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |
| Date de naissance (aaaa/mm/jj)  | Numéro d'assurance sociale (NAS)<br><table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Date d'expiration (le cas échéant) |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |

### 4. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Toute personne nommée ici recevra une prestation de décès advenant le décès de la dernière personne rentière survivante.

**Mandataire :** si la demande de souscription est signée par une mandataire ou un mandataire, les bénéficiaires doivent être les ayants droit à la succession de la personne titulaire.

**Souscriptrice ou souscripteur, ou encore titulaire résidant au Québec :** la loi au Québec stipule que la désignation de la conjointe ou du conjoint de la ou du titulaire (marié ou en union civile) est irrévocable, sauf si le titulaire stipule que la désignation est révocable en cochant la case suivante :

Je stipule que toute désignation de ma conjointe ou de mon conjoint (marié ou en union civile) à titre de bénéficiaire est révocable.

| Nom des bénéficiaires principaux   | Date de naissance si personne mineure (aaaa/mm/jj) | Fiduciaire s'applique    | Lien avec le rentier (Québec - lien avec e titulaire)  | Prestation répartie également (sauf si un pourcentage est indiqué) |
|------------------------------------|--|--------------------------|--|--|
|                                    |  | <input type="checkbox"/> |  | %  |
|                                    |  | <input type="checkbox"/> |  | %  |
|                                    |  | <input type="checkbox"/> |  | %  |
|                                    |  | <input type="checkbox"/> |  | %  |
| Nom des bénéficiaires subsidiaires | Date de naissance si personne mineure (aaaa/mm/jj) | Fiduciaire s'applique    | Lien avec le rentier (Québec - lien avec le titulaire) | Prestation répartie également (sauf si un pourcentage est indiqué) |
|                                    |  | <input type="checkbox"/> |  | %  |
|                                    |  | <input type="checkbox"/> |  | %  |
|                                    |  | <input type="checkbox"/> |  | %  |
|                                    |  | <input type="checkbox"/> |  | %  |

Fiduciaire pour toutes les personnes bénéficiaires mineures (sans objet au Québec) : Nom : \_\_\_\_\_



## DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS – CELIAPP

### 5. COTISATIONS (TOUT PAIEMENT DOIT ÊTRE EFFECTUÉ PAR LE TITULAIRE)

Nota : le dépôt minimal requis est de 500 \$ ou de 50 \$ par l'entremise du service de débit préautorisé (DPA). Il y a des limites à respecter quant au montant pouvant être déposé chaque année et à vie. Pour en savoir davantage, veuillez visiter le [site Web de l'Agence du revenu du Canada](#) afin de s'assurer que le montant du dépôt respecte les limites permises.

Chèque \_\_\_\_\_ \$

DPA unique \_\_\_\_\_ \$ (veuillez remplir la section 7)

DPA continu \_\_\_\_\_ \$ (veuillez remplir la section 7)

Transfert externe \_\_\_\_\_ \$

↳ Établissement cédant : \_\_\_\_\_

Remplir le formulaire de transfert de l'Agence de revenu du Canada pertinent intitulé Transfert de votre REER à votre CELIAPP (n° RC720) ou Transfert de votre CELIAPP à un autre CELIAP (n° RC721). Veuillez envoyer une copie à l'Assurance vie Équitable et l'original à l'établissement financier cédant.

Transfert interne (préciser le montant en dollars ou en pourcentage) : \_\_\_\_\_

↳ Numéro de contrat de l'Équitable : \_\_\_\_\_

↳ Les transferts internes partiels seront effectués au prorata, sauf indication contraire dans les directives spéciales (section 11).

Services bancaires en ligne \_\_\_\_\_ \$

↳ Une fois que la demande de souscription a été soumise, la payeuse ou le payeur peut utiliser le numéro de contrat lorsqu'il effectue des dépôts par l'entremise des services bancaires en ligne de son établissement financier. Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir la liste des banques qui offrent ce service, veuillez visiter le site [www.equitable.ca/aller/servicesbancairesenligne](http://www.equitable.ca/aller/servicesbancairesenligne).

### 6. SÉLECTION DES FONDS

Selon nos règles administratives :

- Le dépôt minimal est de 50 \$ par fonds.
- Les unités SFA-CB et SFA-CB5 ne peuvent être détenues au titre d'un même contrat.
- Les dépôts effectués après l'âge de 80 ans se limitent à l'option SFA.
- Si le nom d'un fonds ne correspond pas au code de fonds fourni, le code de fonds sera utilisé.
- Le code de fonds doit concorder à la catégorie de garantie choisie.

Pour obtenir le nom et le code des fonds, veuillez consulter le document [Codes des fonds distincts indispensables Sélects et frais](#) (n° 375FR).

| Code du fonds | Nom du fonds distinct | Option de frais d'acquisition   | % |
|---------------|-----------------------|---|---|
|               |                       | <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> SFA-CB <input type="checkbox"/> SFA-CB5 |   |
|               |                       | <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> SFA-CB <input type="checkbox"/> SFA-CB5 |   |
|               |                       | <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> SFA-CB <input type="checkbox"/> SFA-CB5 |   |
|               |                       | <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> SFA-CB <input type="checkbox"/> SFA-CB5 |   |
|               |                       | <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> SFA-CB <input type="checkbox"/> SFA-CB5 |   |

SFA = sans frais d'acquisition

SFA-CB et SFA-CB5 = rétrofacturation sans frais d'acquisition (rétrofacturation au conseiller)

Tous les dépôts ultérieurs reçus seront déposés dans le même ou les mêmes fonds que ceux du dépôt original, sauf si nous recevons des directives ultérieures contraires de votre part. Si les valeurs en dollars ont été fournies, un pourcentage proportionnel sera calculé pour tous les dépôts subséquents. Si le dépôt initial ne peut pas être divisé en pourcentage totalisant 100 % (p. ex. 33,33 %, 33,33 %, 33,33 % = 99,99 %), le premier fonds indiqué sera arrondi (p. ex. 33,34 %, 33,33 %, 33,33 % = 100 %).



## DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS – CELIAPP

### 7. SERVICE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) (SECTION FACULTATIVE, SAUF SI DEMANDÉ À LA SECTION 5)

Selon nos règles administratives :

- Un dépôt minimal de 50 \$ par fonds est requis pour le DPA.
- Les paiements par comptes de marge de crédit ou de cartes de crédit ne sont pas acceptés.
- Il pourrait y avoir un décalage entre la date que vous avez choisie et la date du transfert de votre compte bancaire.

**DPA unique :**

Montant : \_\_\_\_\_ \$

Date de débit : \_\_\_\_\_

Prélever les fonds à la date à laquelle toutes les exigences relatives à la demande de souscription ont été satisfaites.

Préciser la date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

**DPA continu :**

Montant : \_\_\_\_\_ \$    date de début du DPA (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

Fréquence des versements :

Tous les mois (du 1<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup> jour)

Deux fois par mois (le 1<sup>er</sup> et le 15<sup>e</sup> jour seulement)

Toutes les deux semaines

Pour choisir une autre sélection de fonds pour les débits préautorisés habituels, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.

Si aucune directive n'est fournie, les paiements par débits préautorisés seront affectés selon les directives indiquées à la section Sélection des fonds.

| Code du fonds | Nom du fonds | % |
|---------------|--------------|---|
|               |              |   |
|               |              |   |
|               |              |   |
|               |              |   |

Si le nom d'un fonds ne correspond pas au code de fonds fourni, le code de fonds sera utilisé.

**Renseignements bancaires :**

Veuillez fournir un document dont les renseignements bancaires et sur le payeur y sont imprimés.

P. ex., un chèque avec la mention « ANNULÉ » ou une lettre d'instructions de la banque.

Numéro de succursale : \_\_\_\_\_

⑆12345

⑆012⑆

1234⑆56789

Numéro de banque : \_\_\_\_\_

Numéro de  
succursale

Numéro de  
banque

Numéro de  
compte

Numéro de compte : \_\_\_\_\_

Nota : la conseillère ou le conseiller doit vérifier les renseignements bancaires fournis pour s'assurer qu'ils correspondent aux renseignements bancaires indiqués sur la lettre ou le chèque ci-joint. Si les renseignements bancaires n'ont pas bien été saisis, le conseiller devra payer les frais qui en découlent à l'Assurance vie Équitable.



## DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS – CELIAPP

### 7. SERVICE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) (SECTION FACULTATIVE, SAUF SI DEMANDÉ À LA SECTION 5)

#### Renonciation

La payeuse ou le payeur donne la directive et l'autorisation à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (l'« Assurance vie Équitable ») et son établissement financier d'effectuer des débits de son compte bancaire, sous réserve des dispositions ci-dessous, aux fins de la collecte des débits préautorisés. La payeuse ou le payeur renonce à tout préavis relatif au prélèvement initial et à toute modification relative à la date du débit préautorisé en vertu de la règle H1 de l'Association canadienne des paiements à l'adresse Web [www.payments.ca](http://www.payments.ca).

#### Type de service

Aux fins de la présente entente, tous les débits préautorisés effectués à partir du compte du payeur seront traités comme des retraits personnels.

#### Annulation

La payeuse ou le payeur a le droit de faire annuler la présente entente de service de débit préautorisé en tout temps. L'entente de service de débit préautorisé demeurera en vigueur jusqu'à ce que la payeuse ou le payeur en demande l'annulation à l'Assurance vie Équitable.

**NOTA :** pour que l'annulation prenne effet avant le prochain débit, l'Assurance vie Équitable doit recevoir tout préavis d'annulation fait par téléphone, par lettre, par courriel ou par télécopieur, à son siège social, au moins 10 jours ouvrables avant le prochain débit. La payeuse ou le payeur peut communiquer avec son établissement financier concernant ses droits d'annulation de paiement. Un spécimen du formulaire d'annulation peut être obtenu à l'adresse [www.payments.ca](http://www.payments.ca) et devra être dûment rempli et envoyé à votre établissement financier.

#### Coordonnées

Assurance vie Équitable du Canada  
1, chemin Westmount Nord  
C. P. 1603, succursale Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7  
Tél. : 1 800 668-4095 Téléc. : 519 883-7404  
Courriel : [epargneretraite@equitable.ca](mailto:epargneretraite@equitable.ca)

#### Recours et remboursement

La payeuse ou le payeur a certains droits de recours si un débit n'est pas conforme avec les dispositions de la présente entente de DPA. Il a le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou n'est pas conforme aux dispositions de la présente entente de service de débit préautorisé. Pour obtenir de plus amples renseignements sur ses droits de recours, le payeur peut communiquer avec son établissement financier ou visiter le site Web [www.payments.ca](http://www.payments.ca).

### 8. ACHATS PÉRIODIQUES PAR SOMMES FIXES (SECTION FACULTATIVE)

Veillez remplir cette section lorsqu'une somme forfaitaire est déposée dans un fonds à faible risque, et que vous souhaitez effectuer des transferts réguliers dans un fonds différent permettant de réaliser une moyenne des prix unitaires au cours des fluctuations du marché. Le minimum pour chaque somme « du fonds » est de 500 \$ et allant « au fonds » est de 50 \$. Les achats périodiques par sommes fixes doivent s'effectuer au titre de la même option de frais d'acquisition.

Veillez sélectionner la fréquence :

hebdomadaire     mensuelle     bimestrielle (une fois tous les deux mois)     trimestrielle     semestrielle     annuelle

Date de début (du 1<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup> jour) : \_\_\_\_\_  
(aaaa/mm/jj)

Date de fin (facultative) (du 1<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup> jour) : \_\_\_\_\_  
(aaaa/mm/jj)

| Du fonds      |         | Au fonds      |         |
|---------------|---------|---------------|---------|
| Code du fonds | Montant | Code du fonds | Montant |
|               |         |               | \$      |
|               |         |               | \$      |
|               | \$      |               | \$      |
|               |         |               | \$      |



## DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS – CELIAPP

### 9. SOURCE DES FONDS

Quelle est la source de l'argent qui est déposé? Veuillez sélectionner toutes les options qui s'appliquent :

- Salaire ou revenu gagné
- Épargne des souscripteurs ou des titulaires
- Revenu d'entreprise
- Fonds empruntés (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Dons (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Vente d'une propriété (veuillez fournir l'adresse) : \_\_\_\_\_
- Produit d'une prestation de décès ou d'une succession (veuillez fournir le nom de la personne décédée) : \_\_\_\_\_
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

### 10. OBJET DU CONTRAT

Veuillez indiquer la raison ou les raisons mentionnées par la cliente ou le client. (Tous les contrats ne conviennent pas à toutes fins.)

- Financement de l'achat d'une première habitation
- Retraite ou épargne à long terme
- Don
- Épargne à court terme
- Assurance hypothécaire ou crédit
- Protection de revenu ou protection familiale
- Création d'un revenu
- Aux fins d'éducation
- Protection du patrimoine, d'un héritage ou d'un legs
- Protection d'entreprise ou d'une personne clé ou convention de rachat
- Autre \_\_\_\_\_

### 11. DIRECTIVES SPÉCIALES (SECTION FACULTATIVE)





## DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS – CELIAPP

### 12. CONSENTEMENT ET PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Dans la présente section, sauf indication contraire, les termes « je », « me », « ma », « mon » et « mes » renvoient à la personne titulaire du contrat et à la personne rentière.

1. J'accepte et je confirme que les renseignements personnels que j'ai fournis de plein gré à la courtière ou au courtier indépendant ou à l'Assurance vie Équitable, recueillis dans la présente demande de souscription et conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par l'Assurance vie Équitable aux fins de souscription, de service, d'administration et du traitement des réclamations qui y sont liées, ainsi que de tout contrat en résultant et de tout document complémentaire. Les renseignements contenus dans les dossiers sont accessibles pour les besoins mentionnés ci-dessus par le personnel autorisé de l'Assurance vie Équitable, les tiers engagés par l'Assurance vie Équitable, son réseau de distribution, l'administration fiscale canadienne ou étrangère et toute autre personne ou partie qui obtient mon autorisation.
2. Je reconnais que mes renseignements personnels peuvent être traités et conservés à l'extérieur du Canada et que, par conséquent, ces renseignements sont susceptibles d'être assujettis aux lois de ces territoires de compétence. Si mon contrat est établi au Québec, mes renseignements personnels seront conservés à l'extérieur du Québec.
3. En tant que titulaire, je consens à l'utilisation de mon adresse courriel pour établir un compte Accès à la clientèle de l'Équitable et fournir les avis qui y sont associés, effectuer la livraison électronique du contrat et communiquer par voie électronique à toute autre fin administrative.
4. En tant que titulaire, je consens et j'accepte : a) que la présente demande de souscription puisse être transmise à la Compagnie par voie électronique et sera considérée par la Compagnie comme l'original de ma proposition d'assurance; et b) à la livraison électronique du contrat à mon intention, s'il est établi, et de tout autre document ou toute autre communication écrite liée au contrat.
5. Demandes électroniques seulement : en tant que titulaire, je consens et j'accepte que les renseignements contenus dans cette demande, y compris des renseignements personnels sensibles comme mon numéro d'assurance sociale, ma date de naissance et mes renseignements financiers feront partie des documents électroniques fournis à chaque partie qui est tenue de signer la demande. Je consens à ce que l'Assurance vie Équitable fournisse les renseignements contenus dans la présente demande à chacune des autres parties à des fins de signature de la demande. Si je ne souhaite pas donner ce consentement, je peux refuser de signer la demande et informer ma conseillère ou mon conseiller que je souhaite plutôt poursuivre le traitement de la demande en version papier.

Pour de plus amples renseignements au sujet des pratiques de la Compagnie en matière de vie privée et sur la façon de communiquer avec le responsable de la protection des renseignements personnels, veuillez consulter le site au [www.equitable.ca/fr](http://www.equitable.ca/fr).

#### Consentement au marketing :

L'Assurance vie Équitable est autorisée à utiliser les renseignements fournis dans la présente demande de souscription et dans ses dossiers pour me fournir des renseignements sur ses autres produits et services, sauf si j'indique  Non.



## DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS – CELIAPP

### 13. CONVENTION ET SIGNATURES

Je conviens et confirme ce qui suit:

1. Mon acceptation du contrat établi atteste de mon approbation de toute modification, correction ou tout ajout à cette demande de souscription apportée par le siège social de l'Assurance vie Équitable par l'entremise d'avenants.
2. Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à jour, exacts et complets. J'aviserais l'Assurance vie Équitable dans un délai de 30 jours de tout changement relatif à ma résidence fiscale, à mon statut de citoyenneté américaine ou à tout numéro d'identification fiscal.
3. Seul le siège social de l'Assurance vie Équitable est autorisé à modifier la présente demande de souscription, établir un contrat ou retirer des exigences. Toute autorisation doit être présentée par écrit.
4. Le contrat établi n'entrera pas en vigueur avant que le dépôt initial effectué avec la demande de souscription n'ait été honoré par mon établissement financier.
5. Je demande à l'émetteur de produire un choix auprès de la ministre du Revenu national afin d'enregistrer l'arrangement admissible à titre de compte d'épargne libre d'impôt pour l'achat d'une première propriété en vertu de l'article 146.6 de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada et, le cas échéant, la *Loi sur les impôts* du Québec. Je conviens de fournir tout autre renseignement pouvant être nécessaire à l'égard de l'enregistrement de ce contrat.
6. Je comprends que tous les numéros d'assurance sociale sont recueillis aux fins de l'impôt.
7. Je reconnais, comprends et accepte les conditions indiquées à la section de l'entente de service de débit préautorisé.
8. Je comprends qu'à titre de titulaire, je pourrais être responsable de certaines conséquences fiscales découlant d'un arrangement admissible non conforme.
9. Je comprends que l'Agence de revenu du Canada fournira les renseignements sur la ou le contribuable nécessaires afin d'administrer et d'appliquer le CELIAPP à l'émetteur.
10. J'autorise l'Assurance vie Équitable à exécuter mes directives de service comme fournies par ma conseillère ou mon conseiller. La présente autorisation de négociation peut comprendre, notamment, les achats, les retraits, toute modification des directives relatives aux placements, le réinvestissement de fonds qui arrivent à échéance, l'entente de service de débit préautorisé (DPA). Je reconnais que l'Assurance vie Équitable peut effectuer toutes les demandes d'opération autorisées fournies par ma conseillère ou mon conseiller. J'établirai un compte Accès à la clientèle de l'Équitable, selon les exigences des règles administratives de l'autorisation de négociation de l'Assurance vie Équitable.

J'accuse réception d'une copie du document Contrat et notice explicative des fonds indispensables Sélects et du document Aperçu des fonds et reconnais que je peux accéder à ces documents en ligne à l'adresse [www.equitable.ca/aller/contrats](http://www.equitable.ca/aller/contrats).

Signature du titulaire du contrat ou rentier

Signé dans la province de

Date (aaaa/mm/jj)

#### Renseignements sur le payeur (requis uniquement si plus d'une signature est requise pour autoriser le paiement du compte bancaire)

En signant ci-dessous, le copayeur indique qu'il accepte les conditions indiquées dans la section de l'entente de service de débit préautorisé.

Nom du copayeur

Signature du copayeur

Date (aaaa/mm/jj)

Nom du mandataire

\_\_\_\_\_ a signé au nom de \_\_\_\_\_.

Si le mandataire a signé au nom d'une autre personne, veuillez joindre la documentation applicable.



## DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS – CELIAPP

### 14. CONFIRMATION DU CONSEILLER ET SIGNATURE

En signant au bas de cette page, la conseillère ou le conseiller déclare ce qui suit :

- Je détiens un permis dans la province dans laquelle la demande de souscription est signée.
- J'ai expliqué le contenu du document Contrat et notice explicative des fonds indispensables Sélects, ainsi que de l'aperçu des fonds à toute personne titulaire et j'ai fourni un exemplaire de ces documents à toute personne titulaire, sauf si toute personne titulaire a accédé à ces documents en ligne à l'adresse [www.equitable.ca/aller/contrats](http://www.equitable.ca/aller/contrats).
- J'ai communiqué les renseignements suivants à la ou au titulaire du contrat :
  - le nom de la compagnie ou des compagnies que je représente;
  - le fait que je touche des commissions pour la vente de produits de placement assortis d'une composante assurance et que je puisse recevoir des bonis, des invitations à des congrès ou d'autres incitatifs;
  - tout conflit d'intérêts que je peux avoir relativement à l'opération en cours.
- J'ai passé en revue les renseignements fournis contenus dans la présente demande de souscription avec la ou le titulaire et, à ma connaissance, ces renseignements sont complets et véridiques.

Signature du conseiller

Date (aaaa/mm/jj)

Vous aurez besoin de trois copies de cette demande (une pour le titulaire, une pour le conseiller et une pour l'Assurance vie Équitable).

# À propos de l'Équitable

Chez l'Équitable, nous croyons en la force de travailler ensemble. Cela oriente notre façon de collaborer les uns avec les autres, la façon dont nous aidons nos clients et nos partenaires, et la façon dont nous soutenons les communautés où nous vivons et travaillons.

Ensemble, nous et nos partenaires de partout au Canada offrons des solutions en matière d'assurance individuelle, d'assurance collective et d'épargne-retraite. Ainsi, nous aidons nos clients à se protéger aujourd'hui tout en préparant demain.

Nous croyons que le monde est meilleur lorsque nous travaillons ensemble à bâtir une vie Équitable pour tous.



MC et MD indiquent respectivement une marque de commerce et une marque déposée de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada

2086FR (2023/08/01)