



DIRECTIVES DE PLACEMENT – FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS

Utiliser ce formulaire pour fournir des directives relatives aux placements pour les contrats de fonds distincts indispensables Sélects.

Note : pour fournir des directives pour un contrat autonome de compte à intérêt quotidien ou de compte à intérêt garanti, veuillez remplir le formulaire [Directives de placement – compte à intérêt quotidien ou compte à intérêt garanti \(n° 693GIAFR\)](#). Pour tout produit de fonds distincts produits d'origine (portefeuille de placement personnel et Solutions indispensables SFA, FAR et II), veuillez remplir le formulaire [Directives de placement – épargne-retraite \(produits d'origine\)\(n° 693AN NFR\)](#).

Dans le présent formulaire, les termes « vous », « votre », « vos » et « titulaire » renvoient à toute personne titulaire de contrat. Les termes « nous », « notre » et « nos » renvoient à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (l'Équitable). Une conseillère ou un conseiller peut remplir le présent formulaire si une autorisation de négociation limitée paraît au dossier.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONTRAT

Nom de la ou du titulaire	Numéro de contrat

2. AFFECTATION DES DÉPÔTS POUR LES FONDS DISTINCTS

Je demande ou nous demandons que :
 a) seul ce dépôt de _____ \$ soit affecté comme suit :
 b) ce dépôt de _____ \$ et tous les dépôts futurs soient affectés comme suit :

Selon nos règles administratives, les unités des fonds SFA-CB et SFA-CB5 ne peuvent être détenues au titre d'un même contrat. L'affectation totale doit évaluer 100 %. Veuillez consulter le document [Code des fonds distincts indispensables Sélects et frais \(n° 375SELF\)](#).

Code du fonds	Nom du fonds distinct	Options de frais d'acquisition	(\$ ou %)
		<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	
		<input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> SFA-CB <input type="checkbox"/> SFA-CB5	

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 %).

3. 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) : _____

Un tiers cotise-t-il aux fonds? Non Oui (veuillez remplir le formulaire [Renseignements sur le tiers \(n° 31FR\)](#) et pour les CELI, veuillez remplir le formulaire [Compte d'épargne libre d'impôt – Certification de cotisation d'un tiers \(n° 1582FR\)](#) (certaines restrictions peuvent s'appliquer aux cotisations d'un tiers).



DIRECTIVES DE PLACEMENT – FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS

4. ACHATS PÉRIODIQUES PAR SOMMES FIXES

Choisir la fréquence :

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

Date de début (du 1^{er} au 28^e jour) : _____

Date de fin (facultative) (du 1^{er} au 28^e jour) : _____

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. Veuillez consulter le document [Codes des fonds distincts indispensables Sélects et frais \(n° 375SELEFR\)](#).

Du premier fonds		Au fonds	
Code du fonds	Montant	Code du fonds	Montant
			\$
	\$		\$
			\$
			\$

Du deuxième fonds (le cas échéant)		Au fonds	
Code du fonds	Montant	Code du fonds	Montant
			\$
	\$		\$
			\$
			\$

5. SUBSTITUTIONS (LE MONTANT MINIMAL DE SUBSTITUTION EST DE 500 \$)

Substituer le nom du fonds	Code du fonds	Montant <input type="checkbox"/> % ou <input type="checkbox"/> \$	Par le nom du fonds	Code du fonds	Montant <input type="checkbox"/> % ou <input type="checkbox"/> \$

Note : les substitutions de fonds doivent s'effectuer au titre de la même option de frais d'acquisition. Pour transférer les fonds assortis de l'option FAR ou l'option FR à l'option SFA, veuillez utiliser le formulaire [Fonds indispensables Sélects – changement de l'option relative aux frais d'acquisition \(n° 1388FR\)](#). Vous devez maintenir les montants minimaux en tout temps. Des frais de 25 \$ pourraient être exigés pour tout retrait ou toute substitution. Les substitutions n'affectent pas vos garanties.

6. RÉINITIALISATION DES GARANTIES SUR LES PRESTATIONS AU DÉCÈS ET À L'ÉCHÉANCE

Les réinitialisations sont offertes seulement avec les options des fonds indispensables Sélects catégorie Succession (75/100) et des fonds indispensables Sélects catégorie Protection (100/100). Veuillez consulter votre notice explicative afin d'obtenir une explication des termes et des garanties.

Réinitialisation de la garantie sur la prestation à l'échéance

J'autorise ou nous autorisons une réinitialisation de la base de la garantie sur la prestation à l'échéance au titre du contrat mentionné ci-dessus et je comprends ou nous comprenons les dispositions de réinitialisation suivantes :

- La date de réinitialisation sera celle à laquelle nous recevrons le présent formulaire de directives à notre siège social.
- L'exercice de cette réinitialisation aura pour effet d'augmenter la base de la garantie à l'échéance de la valeur du contrat à la date de réinitialisation. La réinitialisation surviendra si la valeur du contrat est supérieure à la base de la garantie à l'échéance.
- Si la date du dépôt à l'échéance est dans moins de 15 ans de la date de réinitialisation, l'exercice de cette réinitialisation aura également pour effet de reporter la date de dépôt à l'échéance dans 15 ans à compter de la date de réinitialisation.

Réinitialisation de la garantie sur la prestation au décès

J'autorise ou nous autorisons une réinitialisation de la base de la garantie sur la prestation au décès au titre du contrat mentionné ci-dessus et je comprends ou nous comprenons les dispositions de réinitialisation suivantes :

- La date de réinitialisation sera celle à laquelle nous recevrons le présent formulaire de directives à notre siège social.
- L'exercice de cette réinitialisation aura pour effet d'augmenter la base de la garantie au décès de la valeur du contrat à la date de réinitialisation. La réinitialisation surviendra si la valeur du contrat est supérieure à la base de la garantie au décès.



DIRECTIVES DE PLACEMENT – FONDIS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS

7. POSTES POLITIQUES (DANS LE CAS DES CONTRATS NON ENREGISTRÉS ET SEULEMENT LORSQUE LE DÉPÔT EST D'AU MOINS 100 000 \$)

Aux fins de cette question :

- Le terme « payeuse » ou « payeur » s'entend de la personne qui effectue les paiements au titre du contrat.
- Le terme « membre de la famille » s'entend de la conjointe ou du conjoint, de l'ex-conjointe ou de l'ex-conjoint, de la sœur, du frère, du parent, de la belle-mère ou du beau-père, ou encore de l'enfant biologique ou de l'enfant adopté.
- Le terme « proche collaboratrice » ou « proche collaborateur » s'entend d'une personne étroitement liée au payeur pour des raisons personnelles ou commerciales.
- Le terme « conjointe » ou « conjoint » s'entend du conjoint ou du conjoint de fait.
- Le terme « ex-conjointe » ou « ex-conjoint » s'entend de l'ex-conjoint ou de l'ex-conjoint de fait.

Le payeur ou l'un de ses proches parents ou ses proches collaborateurs occupe-t-il, ou a-t-il déjà occupé, l'un des postes indiqués ci-dessous?
OU Le payeur est-il un membre de la famille d'une personne qui occupe ou a déjà occupé l'un des postes ci-dessous?

Non Oui - indiquer le poste occupé ci-dessous

Postes occupés au Canada ou dans un autre pays

Note : pour les postes occupés au Canada, veuillez indiquer seulement les postes occupés au cours des cinq dernières années. Pour tous les autres pays, veuillez indiquer tous les postes déjà occupés.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chef d'État ou chef du gouvernement (y compris gouverneur général ou lieutenant-gouverneur) | <input type="checkbox"/> Chef d'un organisme international établi par les gouvernements des pays ou chef d'une institution de cet organisme (veuillez l'indiquer seulement si le poste a été occupé au cours des cinq dernières années) |
| <input type="checkbox"/> Présidente ou président d'une société ou d'une banque d'État (y compris une société entièrement détenue par un gouvernement fédéral ou provincial) | <input type="checkbox"/> Commissaire (ou équivalent) |
| <input type="checkbox"/> Membre du conseil exécutif de gouvernement ou membre d'une assemblée législative (y compris du sénat, de la Chambre des communes ou d'une assemblée provinciale) | <input type="checkbox"/> Ambassadrice ou ambassadeur, attachée ou attaché, ou encore conseillère ou conseiller d'une ambassadrice ou d'un ambassadeur |
| <input type="checkbox"/> Chef d'une agence gouvernementale | <input type="checkbox"/> Officière ou officier ayant le rang de général ou un rang supérieur |
| <input type="checkbox"/> Juge (au Canada seulement, doit être juge d'une cour d'appel) | <input type="checkbox"/> Maire ou mairesse d'une municipalité canadienne (ne comprend pas les maires dans d'autres pays que le Canada) |

Si vous avez répondu par l'affirmative à la question ci-dessus, veuillez indiquer les renseignements suivants :

Quel est le nom de la personne qui occupe ou qui occupait ce poste?

(première année) (dernière année)

Quel est le titre du poste occupé?

Poste occupé de : _____ à _____

Dans quel pays ce poste a-t-il été occupé?

Après de quelle organisation, quel gouvernement ou institution ce poste a-t-il été occupé?

Comment cette personne est-elle liée à la payeuse ou au payeur?

- Cette personne est la payeuse ou le payeur
 Proche parent (lien) :
 Proche collaboratrice ou proche collaborateur (lien) :

Note : si plus d'une personne avait occupé un de ces postes, veuillez remplir les sections 1 et 2 du formulaire [Mise à jour des renseignements du client \(n° 1027FR\)](#) pour chaque personne supplémentaire.

Quelle est la source du patrimoine de la payeuse ou du payeur? Veuillez sélectionner toutes les options qui s'appliquent :

- Salaire ou revenu gagné Revenu d'entreprise Revenu de placement
 Revenu de la propriété ou portefeuille d'actions Loterie Héritage

Autre : _____



DIRECTIVES DE PLACEMENT – FONDS DISTINCTS INDISPENSABLES SÉLECTS

8. DIRECTIVES SPÉCIALES

9. CONVENTION ET SIGNATURES

Toute personne soussignée a reçu et accepte tous les renseignements et les directives énoncés ci-dessus et accepte également ce qui suit :

- Les affectations des dépôts et les options de placement automatique choisies demeurent en vigueur jusqu'à ce que l'Équitable reçoive une demande de modification par écrit de la part des titulaires de contrat.
- Les affectations des dépôts, les transferts et les options de placement automatique sont assujettis aux minimums stipulés dans votre contrat.
- Les directives relatives aux dépôts remplaceront toute directive précédente ou tout placement automatique.
- Tout transfert d'un autre produit pourrait entraîner des frais de vente ou une perte des garanties.
- Les renseignements personnels que vous avez fournis de plein gré dans le présent formulaire de directives de placement seront utilisés par nous aux fins de souscription, de service, d'administration, de traitement et d'évaluation des demandes de réclamation qui sont liées à la présente demande ainsi qu'à tout contrat qui en découle et tout document complémentaire. Les renseignements figurant au dossier sont accessibles pour les usages décrits mentionnés ci-dessus au personnel autorisé ainsi qu'aux tiers engagés par nous, et à toute autre personne ou partie qui obtient l'autorisation de toute personne soussignée.

Signature du titulaire : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

Signature du cotitulaire (le cas échéant) : _____

Signature du bénéficiaire irrévocable (le cas échéant) : _____

Signature du conseiller (si l'autorisation de négociation limitée est au dossier) : _____

Veillez faire parvenir le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Équitable

1, chemin Westmount Nord
C. P. 1603, succursale Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4C7

Télécopieur : 519 883-7404
Courriel : epargneretraite@equitable.ca