



AUTORISATION DE NÉGOCIATION LIMITÉE - ÉPARGNE-RETRAITE

Veillez utiliser ce formulaire pour tous les contrats d'épargne-retraite.

Numéros de contrat	
Nom de la titulaire ou du titulaire de contrat	Nom de la titulaire ou du titulaire de contrat supplémentaire (le cas échéant)
Nom de la conseillère ou du conseiller	Code du conseiller et numéro de la succursale

J'autorise ou nous autorisons L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (« L'Assurance vie Équitable ») à agir selon mes directives ou nos directives que ma conseillère ou mon conseiller a fournies par écrit. La présente autorisation comprend notamment :

- les modifications des directives relatives aux placements
- le réinvestissement de fonds qui arrivent à échéance
- les retraits
- la réinitialisation des garanties à l'échéance et au décès
- les achats
- les garanties de taux
- les substitutions
- les plans de retrait systématique (PRS) (l'arrêt, la reprise, les modifications des directives existantes relatives aux PRS)
- les débits préautorisés (DPA) (l'arrêt, la reprise, les modifications des directives existantes relatives à l'entente de service de DPA)

Je comprends ou nous comprenons que :

- a) Les directives écrites fournies par ma conseillère ou mon conseiller à l'Assurance vie Équitable en vertu de la présente autorisation ont la même valeur que si j'avais fourni ou nous avons fourni des directives écrites signées directement à l'Assurance vie Équitable. Compte tenu de ce qui précède, je dégage ou nous dégageons l'Assurance vie Équitable de toute responsabilité, toute perte, tout coût ou tous frais qui pourraient découler du fait de se conformer aux directives;
- b) L'Assurance vie Équitable agira selon ces directives, qui pourraient entraîner des conséquences fiscales, des frais d'opération du contrat et des pertes relatives aux placements, desquels je suis responsable.
- c) J'ai établi mon compte confidentiel Accès à la clientèle de l'Équitable^{MD};
- d) Je devrai conserver un dossier des directives fournies à ma conseillère ou mon conseiller et suis satisfaite ou satisfait qu'elles ont été exécutées adéquatement en passant en revue les confirmations et les relevés, qui paraîtront dans mon compte confidentiel Accès à la clientèle de l'Équitable;
- e) La présente autorisation de négociation limitée prendra fin immédiatement dès : i) que l'Assurance vie Équitable recevra mon avis écrit y renonçant, le changement de ma conseillère ou de mon conseiller ou la signature d'une nouvelle autorisation; ii) que l'Assurance vie Équitable recevra un avis écrit de mon incapacité mentale ou de mon décès; iii) la fin du contrat de la conseillère ou du conseiller auprès de l'Assurance vie Équitable; ou, iv) que l'Assurance vie Équitable m'envoie l'avis de résiliation; et
- f) L'Assurance vie Équitable se réserve le droit de refuser les directives transmises par la conseillère ou le conseiller selon ses règles administratives.

Signée à _____ le _____ 20____.

(ville) (province) (jour) (mois)

Signature du titulaire de contrat

Signature du cotitulaire (le cas échéant)

Signature du conseiller