



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FAR ET DES FRAIS DE TRANSFERT

Le présent formulaire doit être utilisé lorsque la conseillère ou le conseiller financier de la ou du titulaire de contrat doit rembourser les frais d'acquisition reportés (FAR) ou des frais de transfert qui sont prélevés lors de transferts de fonds d'un autre établissement financier vers un contrat de l'Équitable<sup>MD</sup>.

### 1. Renseignements sur le contrat

Nom de la ou du titulaire de contrat (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)

Nom de la ou du cotitulaire du contrat (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)

Numéro du contrat de fonds indispensables Sélects

Type de contrat (REER, régime non enregistré, etc.)

Nom de l'ancien établissement financier

Type de contrat (REER, régime non enregistré etc.)

### 2. Directives relatives au placement du remboursement des FAR ou des frais de transfert

Le dépôt minimal est de 50 \$ par fonds.

Une limite d'âge maximal peut s'appliquer aux dépôts..

Investir selon les directives données ci-dessous

Investir selon les directives indiquées au dossier

Fonds indispensables Sélects : les dépôts peuvent être effectués uniquement dans des fonds assortis de l'option sans frais d'acquisition ou des options rétrofacturation sans frais d'acquisition.

Veuillez consulter le document [Codes des fonds distincts indispensables Sélects, RFG et frais de garantie \(n° 375FR\)](#).

Produits de fonds distincts d'origine : veuillez consulter le document [Code des fonds du portefeuille de placements personnel et des fonds distincts Solutions indispensables \(n° 375ANNFR\)](#).

| Nom du fonds distinct de l'Équitable | Code du fonds | Montant |
|--------------------------------------|---------------|---------|
|                                      |               | \$      |
|                                      |               | \$      |
|                                      |               | \$      |
|                                      |               | \$      |



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FAR ET DES FRAIS DE TRANSFERT

### Renseignements fiscaux importants :

- Si votre contrat est enregistré, le montant remboursé ne sera pas considéré comme un revenu ni traité comme une cotisation à un régime enregistré.
- Si votre contrat est non enregistré, le montant remboursé pourrait être considéré comme un revenu en vertu de l'article 12(1) (x) de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada. Vous avez la responsabilité de déclarer ce revenu aux fins de l'impôt sur le revenu.

**Nota :** les renseignements fiscaux mentionnés précédemment sont fondés sur les exigences de l'Agence du revenu du Canada (ARC), sous réserve de modifications sans préavis.

### 3. Conditions

J'ai\* racheté une partie ou la totalité de mon portefeuille de fonds distincts de l'établissement financier indiqué à la **section 1**. Le rachat a donné lieu à des frais d'acquisition reportés ou à des frais de transfert. Ma conseillère ou mon conseiller financier m'a remboursé le montant des frais et, en conséquence, je souhaite que ce montant soit déposé au titre de mon contrat de l'Équitable. Je reconnais que mon conseiller touchera des commissions de l'Équitable.

Je conviens que je devrai me soumettre aux conditions du contrat de l'Équitable.

S'il ne s'agit pas d'un placement enregistré, je conviens que le rachat peut donner lieu à une disposition réputée et pourrait entraîner un gain ou une perte en capital. **L'Équitable se réserve le droit de refuser la présente demande.**

\* Dans le cas de contrats conjoints, le terme « j'ai » fait référence aux deux titulaires de contrat.

### 4. Signature des clients

Signature du titulaire de contrat

Signature du cotitulaire de contrat

Date (jj/mm/aaaa)

### 5. Déclaration et reconnaissance du conseiller

J'ai joint les pièces justificatives requises suivantes :

- La confirmation de l'opération de l'ancien établissement financier indiquant les frais d'acquisition reportés ou les frais de transfert
- Un chèque de remboursement libellé à l'ordre de : l'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada

Nom de la conseillère ou du conseiller

Signature du conseiller

Date (jj/mm/aaaa)