

CPG

Investissement-retraite

Formulaire de dépôt additionnel



Formulaire de dépôt additionnel et T2033 pour

- ▶ Régime d'épargne-retraite
- ▶ Fonds de revenu de retraite
- ▶ Compte de retraite immobilisé
- ▶ Fonds de revenu viager

FORMULAIRE DE DÉPÔT ADDITIONNEL PRODUITS DE TYPE CPG

1. TYPE DE RÉGIME

- Régime d'épargne-retraite (RER) Fonds de revenu de retraite (FRR)
 RER - Contributions versées par le conjoint Fonds de revenu viager (FRV) - Addenda
 Compte de retraite immobilisé (CRI) - Addenda Régime d'épargne-retraite NON-ENREGISTRÉ

Je demande que UV Assurance fasse la demande d'enregistrement du présent contrat à titre de régime enregistré d'épargne-retraite ou de fonds enregistré de revenu de retraite aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et de toutes les autres lois applicables. Je comprends que le présent contrat est assujéti aux dispositions de la(des) loi(s) applicable(s) figurant dans les dispositions de contrat et, s'il y a lieu, de tout avenant relatif à des fonds immobilisés. Toutes les prestations tirées du contrat seront assujétiées à l'impôt conformément aux dispositions de la(des) loi(s) applicable(s).

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPRIÉTAIRE (RENTIER)

- Madame Monsieur

Prénom

Nom

Je confirme que les informations au dossier sont exactes.

L'information actuellement au dossier est inexacte. Voici les informations à modifier :

Adresse

App.

Ville

Province

Code postal

Date de naissance (jj-mm-aaaa)

N° d'assurance sociale

N° d'entreprise (NE) (9 chiffres)

N° d'entreprise du Québec (NEQ) (10 chiffres)

N° de téléphone (domicile)

N° de téléphone (travail)

Poste

Courriel

3. PERSONNES ÉTRANGÈRES POLITIQUEMENT VULNÉRABLES

Cette section doit être complétée dans le cas d'un versement forfaitaire non enregistré de 100 000 \$ et plus.

Avez-vous personnellement ou un membre de votre famille a-t-il occupé un poste de niveau supérieur au sein d'une organisation étrangère (gouvernement, parti politique, armée, tribunal ou société d'État) ?

- Oui Non

Si oui, veuillez remplir les champs ci-dessous.

Nom et prénom

Poste occupé

Lien familial

Provenance des fonds

N° de contrat

4. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU(DES) PROPRIÉTAIRE(S) PAYEUR(S)

Cette section doit être complétée dans le cas d'un versement non-enregistré seulement.

Je confirme que les informations au dossier sont exactes.

L'information actuellement au dossier est inexacte. Voici les informations à modifier :

Nom et prénom du propriétaire / du signataire autorisé

Profession ou nature de l'entreprise

Numéro du document

- Certificat de naissance
 Passeport

- Permis de conduire
 Autre : _____

Territoire de compétence : _____

Date de naissance (jj-mm-aaaa)

- Citoyen américain Résident fiscal (autre que Canada) NIF : _____

Nom et prénom du payeur, s'il ne s'agit pas du propriétaire

Profession ou nature de l'entreprise

Numéro du document

- Certificat de naissance
 Passeport

- Permis de conduire
 Autre : _____

Territoire de compétence : _____

Date de naissance (jj-mm-aaaa)

- Citoyen américain Résident fiscal (autre que Canada) NIF : _____

DÉTERMINATION DES TIERS

Est-ce que le contractant/propriétaire agit suivant les directives d'une personne ou d'une entité qui n'est pas mentionnée ? Non Oui
(si oui, recueillir les renseignements suivants.)

Les directives sont données par : Un particulier Une personne morale

Un autre type d'entité (veuillez préciser) _____

Nom du tiers : _____

Date de naissance (jj-mm-aaaa)

Lien avec le contractant/propriétaire : _____

Adresse (pas seulement un numéro de case postale) : _____

Principale profession ou entreprise (soyez précis) : _____

S'il s'agit d'une personne morale, fournir : N° de constitution : _____

Lieu de constitution : _____

5. CONJOINT

Si la contribution à votre régime est versée par votre conjoint, le reçu sera émis à ce dernier.

Je confirme que les informations au dossier sont exactes.

L'information actuellement au dossier est inexacte. Voici les informations à modifier :

Nom et prénom

N° d'assurance sociale

Date de naissance (jj-mm-aaaa)

Adresse

App.

Ville

Province

Code postal

6. INVESTISSEMENT

PRODUITS DE TYPE CPG

Chèque : _____ \$

Débit préautorisé unique : _____ \$

Transfert : interne externe _____ \$ (approx.) Nom de l'institution cédante :

T2033 T2151 Autre : _____

Je confirme que le formulaire de transfert a bien été transmis à l'institution cédante.

Nom du produit	NON ENREGISTRÉ			RER ou CRI		FRR ou FRV	
	Répartition (\$ ou %)	Taux d'intérêt	Composé (C) / Simple, versé annuellement (SA) / Simple, versé mensuellement (SM)	Répartition (\$ ou %)	Taux int. composé	Répartition (\$ ou %)	Taux int. composé
Uniflex 1 an		%	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SM		%		%
Uniflex 2 ans		%	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SM		%		%
Uniflex 3 ans		%	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SM		%		%
Uniflex 4 ans		%	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SM		%		%
Uniflex 5 ans		%	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SM		%		%
Uniflex 10 ans		(1 ^{re} année) %	<input type="checkbox"/> C		(1 ^{re} année) %		
Uniflex à taux progressif 10 ans		(1 ^{re} année) %	<input type="checkbox"/> C		(1 ^{re} année) %		
Uniflex boursier+							
Compte à intérêt quotidien (CIQ)							

Prélèvements préautorisés : _____ \$ par mois (minimum de 25 \$ par mois)

Transformation automatique : à chaque fois que le solde du compte à intérêt quotidien atteindra un montant de _____ \$ (minimum de 500 \$), il sera investi en fonction des taux d'intérêt en vigueur à ce moment dans le(les) produit(s) désigné(s) ci-dessous.

Nom du produit	NON ENREGISTRÉ			RER		
	Répartition (\$ ou %)	Composé (C) / Simple, versé annuellement (SA) / Simple, versé mensuellement (SM)			Répartition (\$ ou %)	Type int. composé
Uniflex 1 an		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> SA	<input type="checkbox"/> SM		<input type="checkbox"/> C
Uniflex 2 ans		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> SA	<input type="checkbox"/> SM		<input type="checkbox"/> C
Uniflex 3 ans		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> SA	<input type="checkbox"/> SM		<input type="checkbox"/> C
Uniflex 4 ans		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> SA	<input type="checkbox"/> SM		<input type="checkbox"/> C
Uniflex 5 ans		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> SA	<input type="checkbox"/> SM		<input type="checkbox"/> C
Uniflex 10 ans		<input type="checkbox"/> C				<input type="checkbox"/> C
Uniflex à taux progressif 10 ans		<input type="checkbox"/> C				<input type="checkbox"/> C
Uniflex boursier+						

Remarques :

7. DEMANDE DE RACHAT

Si vous voulez demander le rachat de votre contrat ou d'un certificat, veuillez compléter le formulaire Demande de rachat (FQC031) se trouvant sur notre site web à l'adresse uvassurance.ca dans la section Investissement-retraite – Formulaires.

8. REVENU DE RETRAITE

Note : Je comprends que les versements seront assujettis à l'impôt et que UV Assurance effectuera à la source les retenues d'impôt prévues par les lois fiscales.

- Je confirme que les informations au dossier sont exactes.
 L'information actuellement au dossier est inexacte. Voici les informations à modifier :

Calcul du versement minimum

- Selon l'âge du rentier Selon l'âge du conjoint
Veillez compléter la section 5.

Versement

- Minimum
 Montant brut de _____ \$
Ce montant doit être supérieur au minimum (et inférieur au maximum dans le cadre d'un FRV).
 Maximum (FRV seulement)

Fréquence des versements

- Annuelle Mensuelle

Date du 1^{er} versement

(entre le 1^{er} et le 28^e jour de chaque mois) (jj-mm-aaaa) _____

Versement par

- Dépôt direct Chèque

Veillez compléter la section 10.

9. DÉSIGNATION DE L'AGENT GÉNÉRAL ET DU CONSEILLER

- Je confirme que les informations au dossier sont exactes. Dans le cas contraire, **veuillez remplir la présente section 9.**

Nom de l'agent général _____

Nom du conseiller en sécurité financière _____

Code de l'agent général _____

Code du conseiller en sécurité financière _____

10. AUTORISATION (POUR DÉPÔTS DIRECTS OU PRÉLÈVEMENTS PRÉAUTORISÉS)

Autorisation pour les prélèvements préautorisés

J'autorise par la présente mon institution financière à débiter mon compte et à verser à UV Assurance un montant de _____ \$ par mois ou DPA unique.

Date du 1^{er} DPA ou du DPA unique (jj-mm-aaaa) _____

(entre le 1^{er} et le 28^e jour de chaque mois)

Autorisation pour les dépôts directs

J'autorise par la présente UV Assurance à déposer dans mon compte les montants qui me sont dus. Je consens à rembourser tout montant versé en trop auquel je n'aurais pas droit et j'autorise mon institution financière à rembourser un tel montant à UV Assurance.

Institution financière _____

N° de transit _____

N° d'institution _____

N° de compte _____

Veillez joindre un spécimen de chèque de l'institution financière désignée ci-dessus. Si plusieurs signatures sont requises, veuillez les inclure.

X _____

Signature(s)

11. BÉNÉFICIAIRE(S) AU DÉCÈS DU PROPRIÉTAIRE (RENTIER)

Si vous voulez modifier la désignation de bénéficiaire, veuillez compléter le formulaire Changement de bénéficiaire (FQC013) se trouvant sur notre site web à l'adresse uvassurance.ca dans la section Investissement-retraite – Formulaires.

Nom et prénom du premier bénéficiaire _____

Lien _____

Date de naissance (jj-mm-aaaa) _____

_____ % Révocable Irrévocable

Nom et prénom du deuxième bénéficiaire (s'il y a lieu) _____

Lien _____

Date de naissance (jj-mm-aaaa) _____

_____ % Révocable Irrévocable

Pour un CRI ou un FRV, le conjoint pourrait recevoir les prestations malgré toute autre désignation de bénéficiaire. Une vérification de la désignation de bénéficiaire est effectuée au moment de la retraite ou du décès.

12. PERSONNE MORALE

Si le propriétaire (rentier) est une personne morale, bien vouloir remplir le formulaire FQC088 et le joindre à la proposition.

13. DÉCLARATION

L'opération à laquelle s'applique la présente demande concerne le propriétaire (rentier) et UV Assurance. Le conseiller en sécurité financière soumettant la présente demande est un représentant autorisé de UV Assurance qui recevra une rémunération de cette dernière lorsque l'opération sera complétée. La présente demande ne comporte aucune condition obligeant le propriétaire (rentier) à traiter d'autres affaires avec le conseiller en sécurité financière, UV Assurance ou quelque autre organisation.

J'autorise UV Assurance à utiliser pour des fins administratives les renseignements contenus dans le présent formulaire de souscription, y compris mon numéro d'assurance sociale. J'ai pris connaissance et accepte les dispositions du contrat, y compris la clause concernant les dossiers et renseignements personnels. Je comprends aussi les conditions générales des investissements que j'ai sélectionnés. Je déclare que, à ma connaissance, je ne me place nullement en situation d'insolvabilité en procédant à la présente transaction et qu'il n'y a aucun motif raisonnable de croire que je sois en situation financière précaire. Je déclare par la présente que les renseignements fournis dans le présent formulaire de souscription et dans tout document complémentaire sont véridiques, complets et correctement indiqués, et qu'ils constitueront la base de tout contrat établi à la suite de ce formulaire de souscription. Je déclare ne pas être un citoyen américain. Par contre, dans le cas où je suis un citoyen américain, mon « Taxpayer Identification Number (TIN) » se retrouve à la section 4.

CONSEILLER EN SÉCURITÉ FINANCIÈRE : Je confirme avoir vérifié par des documents officiels et originaux, les informations obtenues pour compléter les sections 2, 4, 5 et 10 du présent formulaire de souscription.

Signé à _____

Date | J | J | M | M | A | A | A | A | _____

Signature du propriétaire (rentier)

Signature du conseiller en sécurité financière

PARTIE 1 - RENTIER

Nom de famille	Prénom et initiales	Numéro d'assurance sociale
Adresse		Numéro de téléphone
Section A – Transfert provenant d'un <input type="checkbox"/> REER, d'un <input type="checkbox"/> FERR ou d'un <input type="checkbox"/> CELI		
Nom du régime individuel, du fonds individuel ou de l'arrangement : _____ Numéro : _____		
Nom de l'émetteur du REER, du FERR ou du CELI	Adresse	
Section B – Montant à transférer		
Je demande le transfert direct <input type="checkbox"/> de tous les biens, <input type="checkbox"/> de la somme forfaitaire de _____ \$ ou <input type="checkbox"/> de _____ paiements de _____ \$, représentant la totalité ou une partie des biens de mon REER, de mon FERR ou de mon CELI non échu mentionné à la Section A.		
Je demande ce transfert <input type="checkbox"/> en argent ou <input type="checkbox"/> en biens.		
Section C – Identification du REER, du FERR, du CELI ou du RPA dans lequel les fonds seront transférés		
<input type="checkbox"/> Je demande le transfert direct du REER mentionné ci-dessus dans mon REER.	Numéro et nom du régime individuel	
<input type="checkbox"/> Je demande le transfert direct du REER ou du FERR mentionné ci-dessus dans mon FERR.	Numéro et nom du fonds individuel	
<input type="checkbox"/> Je demande le transfert direct du CELI mentionné ci-dessus dans mon CELI.	Numéro et nom de l'arrangement	
<input type="checkbox"/> Je demande le transfert direct du REER ou du FERR mentionné ci-dessus dans mon compte participant au régime de pension agréé (RPA).	Numéro d'agrément de l'Agence du revenu du Canada et nom du régime	
Nom de l'émetteur du REER, du FERR, du CELI ou de l'administrateur du RPA UV ASSURANCE	Adresse C.P. 696, DRUMMONDVILLE QC J2B6W9	
Date	Signature du rentier x	Signature du bénéficiaire irrévocable (s'il y a lieu) x

PARTIE 2 - CESSIONNAIRE

- UV Assurance accepte le transfert direct demandé ci-dessus. Sur réception des biens, UV Assurance les portera au crédit du rentier ou du participant du régime, du fonds ou de l'arrangement mentionné à la Section C de la Partie 1. Si le régime, le fonds ou l'arrangement est un REER, un FERR ou un CELI conforme à un modèle, il sera conforme au modèle suivant : _____ (numéro et nom du modèle). UV Assurance vérifiera l'identification figurant à la Section C de la Partie 1 et, s'il y a lieu, ajoutera ou corrigera des renseignements.
- Le régime, le fonds ou l'arrangement est enregistré ou agréé selon la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada). Autrement, UV Assurance en demandera l'enregistrement ou l'agrément selon la circulaire d'information 72-22 ou 78-18.

Nom du cessionnaire UV ASSURANCE	Date
Signature de la personne autorisée x	Titre ou fonction

PARTIE 3 - CÉDANT (N'émettez pas de feuillet T4RSP ni de feuillet T4RIF pour le montant transféré.)

- Nous avons transféré _____ \$ du REER, du FERR ou du CELI mentionné à la Section A de la Partie 1 à UV Assurance. Si des biens sont transférés d'un FERR dans un autre FERR ou dans un RPA, nous avons versé ou verserons le montant minimum au rentier pour l'année.
- Le FERR du cédant est-il un FERR admissible? Oui Non Sans objet
- L'époux ou conjoint de fait du rentier a-t-il déjà cotisé au REER? Oui Non Sans objet
- Le FERR comprend-il des montants transférés d'un REER auquel l'époux ou le conjoint de fait du rentier a cotisé? Oui Non Sans objet

Nom de famille de l'époux ou du conjoint de fait	Prénom et initiales	Numéro d'assurance sociale
5. UV Assurance continuera d'administrer les _____ \$ comme montant immobilisé selon la <i>Loi sur les normes de prestation de pension</i> ou une loi provinciale sur les normes de prestation de pension (indiquez la loi) _____. Dans certaines provinces, les fonds de pension et les fonds provenant de REER immobilisés peuvent être transférés dans les FERR immobilisés.		
<input type="checkbox"/> J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets.		
Nom du cédant	Date	
Signature de la personne autorisée x	Titre ou fonction	

PARTIE 4 - RÉCEPTION PAR UV ASSURANCE (Ne remettez pas au rentier un reçu d'impôt pour le montant transféré.)

Nous avons reçu _____ \$ que nous devons transférer et administrer selon les instructions de la Partie 1 et, s'il y a lieu, les précisions de la Partie 3.

Nom du cessionnaire UV ASSURANCE	Date
Signature de la personne autorisée x	Titre ou fonction