

CPG (CELI)

Investissement-retraite

Formulaire de dépôt additionnel



Formulaire de dépôt additionnel et T2033 pour

► **Compte d'épargne libre d'impôt**

FORMULAIRE DE DÉPÔT ADDITIONNEL CELI UNIFLEX

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE

Madame Monsieur

Nom et prénom

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

N° de téléphone (domicile)

N° de téléphone (travail)

Poste

N° d'assurance sociale

Date de naissance (jj-mm-aaaa)

Courriel

2. DÉSIGNATION DE L'AGENT GÉNÉRAL ET DU CONSEILLER

Je confirme que les informations actuellement au dossier sont toujours exactes.
Dans le cas contraire, **veuillez remplir la présente section 2.**

Nom de l'agent général

Nom et prénom du conseiller en sécurité financière

Code de l'agent général

Code du conseiller en sécurité financière

N° de contrat

3. PERSONNES ÉTRANGÈRES POLITIQUEMENT VULNÉRABLES

Cette section doit être complétée dans le cas d'un versement forfaitaire 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

4. BÉNÉFICIAIRE(S) AU DÉCÈS DU TITULAIRE

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

5. INVESTISSEMENT

Chèque : _____ \$ Transfert : interne externe _____ \$ (approx.) Nom de l'institution cédante : _____
 Débit préautorisé unique : _____ \$ T2033 T2151 Autre : _____
 Je confirme que le formulaire de transfert a bien été transmis à l'institution cédante.

Nom du produit	Répartition (\$ ou %)	Taux d'intérêt	Composé (C), Simple ann. (SA) / mens. (SM)
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 ^{ère} année) %	<input type="checkbox"/> C
Uniflex à taux progressif 10 ans		(1 ^{ère} année) %	<input type="checkbox"/> C
Uniflex boursier+			
Compte à intérêt quotidien (CIQ)			

Prélèvements préautorisés : _____ \$ par mois (minimum de 25 \$ / 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	Répartition (\$ ou %)	Composé (C), Simple ann. (SA) / mens. (SM)
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		<input type="checkbox"/> C
Uniflex à taux progressif 10 ans		<input type="checkbox"/> C
Uniflex boursier+		

PARTIE 1 - RENTIER

Nom de famille	Prénom et initiales	Numéro d'assurance sociale
Adresse		Numéro de téléphone

Section A – Transfert provenant d'un REER, d'un FERR ou d'un 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 de tous les biens, de la somme forfaitaire de _____ \$ ou 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 en argent ou 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 J2B 6W9
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
--	---------------------	----------------------------

- UV Assurance continuera d'administrer les _____ \$ comme montant immobilisé selon la *Loi sur les normes de prestation de pension* 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.

 J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets. Sans objet

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