



Régimes d'épargne et de retraite collectifs

1245, rue Sherbrooke Ouest
Montréal (Québec)
H3G 1G3

Télec. : 514-499-4480

Tél. : 1-800-242-1704

Attention :

La Compagnie d'assurance Standard Life du Canada (Standard Life Canada) exige en tout temps le formulaire d'inscription original rempli afin que les capitaux puissent être investis dans les plus brefs délais.

Le salarié est le titulaire et le rentier en vertu du régime.

Pour transférer des capitaux au régime en franchise d'impôt, composez le 1-800-242-1704

Avant de nous soumettre le formulaire d'inscription, veuillez faire remplir les champs ombragés par le responsable du régime (votre employeur).

En signant,

Je demande de participer au régime d'épargne-retraite collectif et je consens à être lié par les dispositions du régime et par toutes les règles établies par le responsable du régime.

J'autorise également :

- le prélèvement des cotisations appropriées sur ma paie, s'il y a lieu;
- le responsable du régime (mon employeur) à agir en mon nom à titre d'agent pour la constitution des prestations en vertu du régime;
- Standard Life Canada à produire un choix visant à enregistrer mon certificat en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) et toute autre loi de l'impôt sur le revenu provinciale, s'il y a lieu; et
- le responsable du régime, mon employeur, Standard Life Canada, ses sociétés affiliées et ses partenaires d'impartition, tout émetteur remplaçant, les tiers administrateurs, mes institutions financières et tout intermédiaire de marché autorisé qui participent à la vente ou à l'administration du régime ou de tout autre régime dans lesquels pourraient être transférés mes droits et prestations, à échanger mes renseignements personnels (y compris mes renseignements bancaires) lorsque requis en raison de leur participation.

Je reconnais que les renseignements personnels fournis sont strictement confidentiels et uniquement utilisés, échangés et conservés aux fins du présent régime. J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements fournis à la présente sont véridiques, exacts et complets.

Régime d'épargne-retraite collectif Formulaire d'inscription – compte de salarié

Si vous désirez ouvrir un compte de conjoint, veuillez également remplir un formulaire d'inscription – compte de conjoint

Client n° RS

Nom du client :

Autorisation du responsable du régime (votre employeur)

Date d'entrée en service (aaaa/mm/jj)	Date d'inscription au régime (aaaa/mm/jj)	Certificat n°
_____	_____	_____
Nom du sous-groupe	Sous-groupe n°	Catégorie
_____	_____	_____
Signature X	(en majuscules)	Date (aaaa/mm/jj)
_____	_____	_____

Étape 1 – Renseignements sur le salarié

Nom	Prénom	Initiale
_____	_____	_____
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	État matrimonial	Numéro d'assurance sociale (exigé par la loi aux fins de déclaration du revenu)
_____	_____	_____
Adresse électronique		
<input type="checkbox"/> Veuillez cocher la case ci-contre pour recevoir vos relevés par voie électronique. Un message sera expédié à l'adresse électronique ci-dessus afin de vous informer lorsque votre relevé sera disponible. Afin de recevoir des avis par courriel qui vous informent de la disponibilité de votre relevé, veuillez vous assurer que le filtrage anti-pourriel ne bloque pas ces messages.		
Adresse (domicile)		Ville
_____		_____
Province	Code postal	(Travail) Indicatif régional et téléphone
_____	_____	_____
Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		Langue <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais
_____		_____

Étape 2 – Renseignements sur le bénéficiaire

Advenant mon décès, je demande que toute somme payable en vertu du régime, à la date de mon décès ou ultérieurement, soit versée :

à ma succession

OU au(x) bénéficiaire(s) suivant(s)

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien	Part (%)
_____	_____	_____	_____	_____

Doit totaliser 100 %

Advenant que votre bénéficiaire décède avant vous, nous verserons les prestations en vertu du régime à tout bénéficiaire survivant ou, en l'absence d'un bénéficiaire survivant ou de la désignation d'un bénéficiaire, à votre succession. Toute désignation de bénéficiaire est révocable.

À remplir si vous avez désigné votre conjoint comme bénéficiaire (participant du Québec)

Au Québec, la désignation de votre conjoint, avec qui vous êtes marié ou uni civilement, à titre de bénéficiaire, est irrévocable, sauf indication contraire ci-après. Si vous avez désigné votre conjoint comme bénéficiaire, le fait de vous réserver le droit de révoquer toute désignation de bénéficiaire facilitera toute demande ultérieure de changement de bénéficiaire. Une désignation irrévocable ne peut être modifiée que si le bénéficiaire signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire.

La désignation de mon bénéficiaire est **RÉVOCABLE**. **OU** La désignation de mon bénéficiaire est **IRRÉVOCABLE**.

Signature du salarié _____ Signature du salarié _____

Désignation de fiduciaire (toutes les provinces sauf le Québec)

Advenant que mon bénéficiaire soit mineur à la date à laquelle les prestations de décès sont payables, je désigne la personne suivante, à titre de fiduciaire, aux fins de recevoir les prestations au nom du bénéficiaire, de détenir les prestations jusqu'à ce que mon bénéficiaire atteigne l'âge de la majorité et de donner une quittance valide à Standard Life Canada relativement au versement desdites prestations :

Prénom	Nom
_____	_____
Adresse	

Téléphone () _____	() _____
(Travail) Indicatif régional et téléphone	(Domicile) Indicatif régional et téléphone

Étape 3 – Demande de retenues sur le salaire

Cotisations salariales de base* : Veuillez prélever _____ \$ ou _____ % sur chaque paie et les affecter au présent régime.

Cotisations facultatives : Veuillez prélever _____ \$ ou _____ % sur chaque paie et les affecter au présent régime.

* S'il y a lieu, selon le *Sommaire des dispositions principales* de votre programme

Étape 4 – Signature

Signature du salarié (obligatoire) X	(en majuscules)	Date (aaaa/mm/jj)
_____	_____	_____

