

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE RENTIER

*Information requise

Nom de famille du rentier*		Prénom et initiale du rentier*	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mme			
Adresse*	Ville*	Province*	Code Postal*
Numéro de téléphone de contact*		Langue Préférée	N.A.S.*
		<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Date de naissance
			A A A A / M M / J J
Transfert d'un:			
REER	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	FERR	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Époux ou CF	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Époux ou CF	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Immobilisé	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	Immobilisé	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
		Régime de pension agréé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Immobilisé	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non

*Il faut remplir et signer l'addenda relatif à l'immobilisation pour la juridiction du régime de pension.

CF signifie « conjoint de fait »

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉPOUX OU LE CONJOINT DE FAIT

*Remplissez cette section uniquement si l'époux ou le conjoint de fait du rentier cotisera au régime.

Nom de famille		Prénom et initiale	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mlle. <input type="checkbox"/> Mme			
Numéro de téléphone de contact		N.A.S.	Date de naissance
			A A A A / M M / J J

SECTION 3: DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Par les présentes, je révoque toute désignation antérieure de bénéficiaire que j'ai pu effectuer à l'égard du régime et je désigne la personne nommée ci-dessous, si elle me survit, comme bénéficiaire du produit à payer en vertu du régime advenant mon décès. Il me revient entièrement de m'assurer que cette désignation de bénéficiaire est valide au plan juridique.

Nom du bénéficiaire au long	Lien avec le rentier	N.A.S.
Adresse du bénéficiaire		

AVERTISSEMENT : Dans certaines provinces, la désignation de bénéficiaire effectuée au moyen d'un formulaire de désignation ne sera pas révoquée ni modifiée automatiquement par un mariage ou un divorce futur. Si vous souhaitez changer de bénéficiaire, vous devrez effectuer une nouvelle désignation.

À : CANADIAN WESTERN TRUST COMPANY (le "fiduciaire")

Par la présente, je soumets une demande de Régime d'épargne-retraite d'Open Access Limited et je demande que le fiduciaire prenne les mesures requises pour demander l'enregistrement du régime en tant que Régime enregistré d'épargne-retraite en vertu des dispositions des lois fiscales applicables. En signant ci-dessous, j'atteste que :

- les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et corrects;
- j'ai lu les modalités et conditions énoncées dans la Déclaration de fiducie et que j'accepte d'être lié par celles-ci, telles qu'elles peuvent être modifiées de temps à autre;
- je comprends que les prestations versées en vertu du Régime peuvent être incluses dans mon revenu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et de toutes les lois fiscales provinciales applicables;
- je suis au courant des conséquences d'acquiescer et de détenir des placements non admissibles;
- je reconnais que le fiduciaire n'œuvre pas dans le domaine des conseils en matière de placements et n'offre aucun conseil ni ne fait aucune recommandation ni ne donne aucun avis quant à l'achat de titres ou autres types de placements;
- je comprends que le fiduciaire déléguera certaines de ses tâches liées au Régime à Open Access Limited en tant que son mandataire;
- je consens à l'utilisation par le fiduciaire et ses mandataires de mes renseignements personnels fournis aux présentes et à la communication de ces renseignements à des tiers, aux fins liées à l'administration du Régime, y compris, mais sans s'y restreindre, la mise en place de mon compte, l'établissement de mes placements, la production de relevés et la déclaration de revenus.

TRAITEMENT DES PLAINTES : La Canadian Western Bank et ses filiales (collectivement « CWB ») incluant la Canadian Western Trust encouragent les clients à signaler des questions ou préoccupations concernant toute situation en communiquant avec son équipe de service à la clientèle au 1-800-663-1124. Des renseignements additionnels se trouvent dans la brochure sur le traitement des plaintes de la CWB (en anglais seulement) disponible sur demande dans toute succursale ou tout bureau de la CWB et sur le site Web de la CWB au www.cwbgroup.com

J'ai lu et compris la présente demande et la Déclaration de fiducie.

Signature du rentier*	A A A A / M M / J J
Signature autorisée du mandataire	A A A A / M M / J J

Accepté au nom de la Canadian Western Trust Company par son mandataire, Open Access Limited

UTILISATION RESERVE AU BUREAU

Numéro de compte _____

Une fois le présent formulaire rempli, veuillez l'acheminer à : Open Access^{MD} Limitée à l'attention du Service à la clientèle, 1 Richmond St. W, Suite 701, Toronto, ON M5H 3W4
Télécopieur : (416) 955-4878, Télécopieur sans frais : 1 (866) 955-4878
Veuillez conserver une photocopie du présent formulaire dans vos dossiers.