

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE RENTIER

<input type="checkbox"/> M. Nom de famille		Prénom et initiale	
<input type="checkbox"/> Mme			
Adresse		Ville	Province
Code Postal			
Numéro de téléphone de contact		Langue de préférence	N.A.S.
		<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Date de naissance
			/ / A A A A M M J J

Transfert provenant d'un régime :

REER <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Régime de pension agréé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre FRR <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
De conjoint <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
Immobilisé <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non		

* Il faut remplir et signer l'addenda relatif à l'immobilisation pour le champ d'application du régime de pension.

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT OU LE CONJOINT DE FAIT

* Remplissez cette section pour un FERR de conjoint ou de conjoint de fait ou si un conjoint ou un conjoint de fait est nommé ci-dessous rentier successeur ou si son âge est sélectionné pour le calcul du versement minimal provenant chaque année du Fonds.

<input type="checkbox"/> M. Nom de famille		Prénom et initiale	
<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 : RENTIER SUCCESSEUR/DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE

Par les présentes, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure faite par moi-même pour ce Fonds et je (cocher une ou aucune des cases) :

- Choisis de faire de mon conjoint ou conjoint de fait, s'il est alors vivant, le rentier successeur du Fonds à mon décès et j'atteste l'exactitude de ses renseignements personnels indiqués dans la section précédente; ou
- Désigne la personne nommée ci-dessous, si elle est alors vivante, comme bénéficiaire du produit payable en vertu du Fonds advenant mon décès.

Nom du bénéficiaire au complet		Lien avec le rentier	N.A.S.
Adresse du bénéficiaire		Date de naissance	
		/ / A A A A M M J J	

SECTION 4 : PAIEMENTS DU FRR

Versement minimal :

Aux fins du calcul du versement minimal provenant chaque année du Fonds, je choisis, par les présentes, d'utiliser (cocher une case) :

- Mon âge
 L'âge de mon conjoint ou de mon conjoint de fait. J'atteste que sa date de naissance indiquée dans la Section 2 ci-dessus est exacte.

Montant total du versement annuel :

Je demande chaque année un ou des versements totalisant : (cocher une case)

- Le versement minimal payable (ceci est zéro l'année de l'achat) Le montant de _____ \$.

Fréquence des versements :

Le paiement est automatiquement versé une fois l'an si le montant annuel du paiement est inférieur à 1 800 \$.

Si le montant annuel du paiement est de 1 800 \$ ou plus, veuillez effectuer des versements (cocher une case) :

- Trimestriellement Semi-annuellement Annuellement

SECTION 5 : DÉPÔT DIRECT

Oui, je veux recevoir mes paiements de FRR par le biais du dépôt direct. Un chèque annulé ou un formulaire de dépôt bancaire estampillé par la banque est joint au présent formulaire pour activer la présente demande.

Non, je veux recevoir mes paiements de FRR par chèque. (25 \$ + taxes applicables)

À L'ATTENTION DE LA CANADIAN WESTERN TRUST COMPANY (le « fiduciaire »)

Par les présentes, je fais une demande de Régime d'épargne-retraite d'Open Access limitée et je demande que le fiduciaire fasse une demande pour enregistrer le Fonds en tant que Fonds enregistré de revenu de retraite en vertu des dispositions des lois fiscales applicables. En signant ci-dessous, j'atteste que :

1. les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et corrects;
2. 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;
3. 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;
4. je reconnais avoir la responsabilité exclusive par rapport à l'établissement de mes plafonds de cotisation et à la prise de mes décisions d'investissement et pour ce qui est de déterminer si un placement est admissible en vertu des lois fiscales applicables;
5. je suis au courant des conséquences d'acquiescer et de détenir des placements non admissibles;
6. je reconnais que le fiduciaire n'œuvre pas dans le domaine des conseils en matière de placements et n'offre aucune directive ni ne donne aucun conseil quant à l'achat de titres ou de tout autre type de placements;
7. je comprends que le fiduciaire délèguera certaines de ses tâches liées au Régime à Open Access limitée en tant que son mandataire; et
8. 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,
9. la configuration 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.

_____ Fait à* _____ dans la province _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

Signature du rentier*

Une fois le présent formulaire rempli, veuillez l'acheminer à :

Open Access^{MD} limitée, À l'attention du Service à la clientèle, 1, rue Richmond Ouest, bureau 800 Toronto, ON M5H 3W4

Téléphone : 1 866 625-4777, Télécopieur : 416 955-4878, Télécopieur sans frais : 1 866 955-4878

Veuillez conserver une photocopie du présent formulaire dans vos dossiers.

À USAGE INTERNE SEULEMENT

Numéro de compte _____

Signature autorisée du mandataire
Accepté au nom de la Canadian Western Trust Company par
son mandataire, Open Access limitée

A A A A M M J J