



## Formulaire de demande d'adhésion AUX SECTIONS LOCALES CANADIENNES

de l'Alliance internationale des employés de scène, de théâtre, techniciens de l'image, artistes et métiers connexes des États-Unis et ses territoires et du Canada

La présente demande d'adhésion est faite à la Section locale n<sup>o</sup> AQTIS 514 IATSE de l'Alliance internationale des employés de scène, de théâtre, techniciens de l'image, artistes et métiers connexes des États-Unis et ses territoires et du Canada. J'affirme la véracité de tous les faits suivants ici énoncés dans ma demande d'adhésion:

Je, \_\_\_\_\_, suis né(e) le \_\_\_\_\_, et  
(nom en lettres moulées) (jour) (mois) (année)

je suis présentement domicilié(e) au \_\_\_\_\_  
(app./unité et rue) (ville) (province) (code postal)

Téléphone \_\_\_\_\_ Tél. mobile \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Avez-vous un compte Twitter? \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Non

Mon numéro d'assurance sociale est \_\_\_\_\_

Je suis, de par ma profession \_\_\_\_\_ et j'ai travaillé chez les employeurs suivants dans le  
domaine du divertissement: \_\_\_\_\_

Actuellement employé(e) par \_\_\_\_\_ à titre de \_\_\_\_\_  
(préciser le métier)

Avez-vous déjà présenté une demande d'adhésion à une section locale ou à un département de IATSE? \_\_\_\_\_, Section locale \_\_\_\_\_

Cette demande a-t-elle été rejetée? \_\_\_\_\_

La présente demande est pour le statut de membre à part entière  ou le statut d'apprenti \_\_\_\_\_ (cocher un seul choix)

### PROMESSE

Je, soussigné(e), comme condition de mon statut de membre de l'Alliance internationale des employés de scène, de théâtre, techniciens de l'image, artistes et métiers connexes des États-Unis et ses territoires et du Canada, promets solennellement d'accepter et de respecter les dispositions énoncées dans les Statuts et Règlements de l'IATSE en vigueur actuellement et ci-après légalement amendés, et je consens à être gouverné(e) de ce fait dans l'exercice de mon métier et dans mes rapports avec le syndicat.

Signature du requérant ou de la requérante \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

Droits d'initiation <sup>100\$</sup> \_\_\_\_\_ Montant payé <sup>100\$</sup> \_\_\_\_\_

(SCEAU DE LA SECTION LOCALE)

Cette demande d'adhésion est soumise par la section locale n<sup>o</sup> AQTIS 514 IATSE

Secrétaire \_\_\_\_\_  
*J. Re*

La présente certifie que \_\_\_\_\_ a été, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_, admis(e) à titre de membre de la section locale n<sup>o</sup> AQTIS 514 IATSE ayant satisfait pleinement aux exigences des Statuts et Règlements de cette section locale et de l'Alliance internationale des employés de scène de théâtre, techniciens de l'image, artistes et métiers connexes des États-Unis, ses Territoires et du Canada.

Les 3 derniers chiffres du numéro d'assurance social du membre \_\_\_\_\_

(SCEAU DE LA SECTION LOCALE)

\_\_\_\_\_, Président  
*Christophe...*

\_\_\_\_\_, Secrétaire  
*J. Re*

**CE TALON DOIT ÊTRE REMPLI ET RETOURNÉ AU BUREAU CENTRAL DÈS L'ACCEPTION DU REQUÉRANT OU DE LA REQUÉRANTE COMME MEMBRE**

**ON DOIT AGIR SUR CETTE DEMANDE D'ADHÉSION DANS LES SIX MOIS QUI SUIVENT, FAUTE DE QUOI UNE NOUVELLE DEMANDE DEVRA ÊTRE PRÉSENTÉE.**

**CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉ SOIT D'UN PAIEMENT DE 100,00\$ POUR LES FRAIS D'ADMINISTRATION OU D'UN PAIEMENT DE 10,00\$ POUR LES FRAIS D'ADMINISTRATION DE DÉPARTEMENTS SPÉCIAUX DE SECTIONS LOCALES**

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

**SECTION A - À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME AQTIS**

Numéro de police : **96999**      Numéro de section : \_\_\_\_\_ Numéro d'ID : \_\_\_\_\_

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date d'adhésion à L'AQTIS : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Date de réadmission à L'AQTIS : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date d'adhésion à Croix Bleue Medavie : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**SECTION B - INFORMATION SUR LE PARTICIPANT**

Adresse : \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province de résidence : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_ Téléphone (cellulaire) : \_\_\_\_\_

Langue :  Français  Anglais      Sexe :  Homme  Femme

État matrimonial :  Célibataire  Marié  Séparé  Veuf  Divorcé  Conjoint de fait

Nota : si vous cochez la case conjoint de fait, indiquer la date de début de la cohabitation (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

Veillez indiquer si vous voulez vous prévaloir du service de dépôt direct pour vos règlements d'assurance.  Oui  Non

Nota : si oui, veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention ANNULÉ.

**SECTION C - RENSEIGNEMENT SUR LE PERSONNEL À CHARGE**

(Veillez lire la section Informations relatives à la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec)

	Nom	Prénom	Sexe (H / F)	Date de naissance (AAAA / MM / JJ)	Étudiant à temps plein
Conjoint					
Enfant					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**INFORMATION RELATIVE À LA LOI SUR L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DU QUÉBEC**

Toute personne de moins de 65 ans qui a accès à un régime d'assurance collective doit obligatoirement y adhérer à moins de bénéficier d'un autre régime collectif ou d'être assurée par le biais du régime de son conjoint. Une preuve de cette couverture doit être déposée au dossier de l'employeur.

En adhérant au régime d'assurance collective de votre employeur, vous devez obligatoirement assurer toutes vos personnes à charge admissibles à moins qu'elles ne soient déjà couvertes par un autre régime d'assurance collective.

Vos personnes à charge ne peuvent être assurées par le régime général d'assurance-médicaments de la RAMQ si vous êtes couvert par le régime collectif de votre employeur.

Lors de la production de votre déclaration de revenus, on vous demandera si vous vous êtes conformé aux exigences de cette loi.

**COORDINATION DES PRESTATIONS**

Votre conjoint ou vos personnes à charge sont-ils couverts par les garanties de soins de santé ou de soins dentaires d'un autre régime d'assurance collective ?  
 Oui  Conjoint  Enfant       Non (Si vous répondez NON, alors passez directement à la section D)

Si OUI, veuillez indiquer la couverture dont ils(s) bénéficie(nt) : Soins dentaires :  Individuelle  Familiale      Soins de santé :  Individuelle  Familiale

Nom de l'assureur du régime collectif de votre conjoint : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_ Numéro de certificat : \_\_\_\_\_

Si vos personnes à charge sont couvertes par un autre régime d'assurance collective, voulez-vous tout de même les assurer sous votre régime ?  Oui  Non

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

#### SECTION D - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ % Lien de parenté : \_\_\_\_\_  Révocable  Irrévocable  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ % Lien de parenté : \_\_\_\_\_  Révocable  Irrévocable  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ % Lien de parenté : \_\_\_\_\_  Révocable  Irrévocable  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ % Lien de parenté : \_\_\_\_\_  Révocable  Irrévocable  
(Doit égaler 100 %)

Sauf dans le cas d'une désignation irrévocable, vous pouvez changer votre bénéficiaire en tout temps sans le consentement de ce dernier.

AU QUÉBEC, LA DÉSIGNATION DE VOTRE CONJOINT COMME BÉNÉFICIAIRE EST IRRÉVOCABLE SAUF INDICATION CONTRAIRE.

#### SECTION E - DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts. J'autorise mon employeur à déduire, s'il y a lieu, toutes mes cotisations de mon salaire.

Signature de l'employé (obligatoire) \_\_\_\_\_ Date (AAAA / MM / JJ) \_\_\_\_\_

#### SECTION F- CONSENTEMENT POUR L'UTILISATION, LA COLLECTE ET L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Par la présente, j'autorise l'assureur et ses fournisseurs de services à recueillir et échanger des renseignements médicaux à mon sujet, celui de mon conjoint ou de mes enfants, auprès d'un professionnel de la santé, d'un établissement de santé ou de service sociaux, d'un organisme public (dans les limites des lois applicables), et j'autorise ces personnes à communiquer à l'assureur et ses fournisseurs de services de tels renseignements, afin de permettre à l'assureur et ses fournisseurs de services d'étudier une demande de règlement qui pourrait être faite en vertu du contrat d'assurance collective et de constituer des dossiers personnels de santé et ce, exclusivement aux fins de la gestion du régime collectif.

En cas de décès, j'autorise expressément le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de la succession à fournir à l'assureur et ses fournisseurs de services tous les renseignements ou autorisations nécessaires à l'étude de la demande de règlement et à l'obtention de pièces justificatives.

Nom (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Signature (obligatoire) \_\_\_\_\_ Date (AAAA / MM / JJ) \_\_\_\_\_

#### AVIS IMPORTANT SUR LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'assureur s'engage à se conformer à la loi relative à la protection des renseignements privés applicable dans la province de résidence de l'assuré.

Les renseignements personnels contenus dans ce document seront détenus dans votre dossier d'assurance auprès de l'assureur.

Ces renseignements serviront à évaluer votre demande d'assurance collective et à traiter toute demande de règlement.

Seuls les employés ou mandataires dûment autorisés par l'assureur auront accès à ces informations dans la pratique courante des affaires de l'entreprise.

Votre dossier sera détenu dans les bureaux de l'assureur. Sur demande écrite et avec un préavis de trente (30) jours, vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, s'il y a lieu, de demander une rectification selon les dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, 1993, C.7.

**VEUILLEZ ADRESSER VOTRE DEMANDE AU :**

##### Responsable de l'accès à l'information

Croix Bleue Medavie, 550, rue Sherbrooke ouest, bureau L-15  
Montréal (Québec) H3A 6T6



# Formulaire d'adhésion au régime

RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ DE L'AIEST LOCAL 514

Remplissez le présent formulaire pour ajouter un nouveau participant au régime

- La section 1 doit être remplie en entier et à l'encre par le promoteur du régime/employeur
- Les sections 2 à 6 doivent être remplies en entier et à l'encre par le participant au régime/employé.
- Retournez l'ORIGINAL à : (courrier) IATSE, local 514, 4530, rue Molson, Montréal, QC H1Y 0A3

## 1 Renseignements sur le promoteur du régime/employeur

Nom du client

**IATSE 514**

N° de membre

N° de la police ou du contrat collectif

**164618**

Nom de la compagnie d'assurance

**CANADA VIE**

## 2 Renseignements sur le participant au régime/employé

Nom

Prénom

Initiale

Sexe

M  F

Date de naissance

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Situation matrimoniale

Adresse postale

Ville

Province

Code postal

## 3 Renseignements familiaux

**Si vous avez un conjoint et/ou des enfants, veuillez compléter la présente section.**

Nom du conjoint

Prénom du conjoint

Date de naissance

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Province

Sexe du conjoint

M  F

Est-ce que vous ou votre conjoint bénéficiez de la protection d'un autre régime?

Moi-même :  Oui  Non

Mon/Ma conjoint(e) :  Oui  Non

Dans l'affirmative donnez le nom de l'employeur, de la compagnie d'assurance et le numéro de police.

Dans l'affirmative, indiquez le type de protection : Soins médicaux

Employé  Famille

Soins dentaires

Employé  Famille

Nom complet de l'enfant (nom, prénom)

DDN

Province

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Sexe

M

F

Étudiant

Oui

Non

Handicapé

Oui

Non

Nom complet de l'enfant (nom, prénom)

DDN

Province

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Sexe

M

F

Étudiant

Oui

Non

Handicapé

Oui

Non

Nom complet de l'enfant (nom, prénom)

DDN

Province

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Sexe

M

F

Étudiant

Oui

Non

Handicapé

Oui

Non

#### 4 Protection demandée

- Protection individuelle (si vous n'avez pas complété la section précédente cette protection s'appliquera par défaut)
- Protection familiale

Si vous ou les personnes à votre charge êtes actuellement couverts par un autre régime pour les soins médicaux et dentaires, vous pourriez renoncer à ces protections en vertu du présent régime

- Renonciation – moi-même et mes personnes à charge
- Renonciation – mes personnes à charge seulement

Si vous renoncez aux protections pour soins médicaux et dentaires du présent régime et perdez ces protections en vertu d'un autre régime, vous pouvez les demander au présent régime dans les 31 jours suivant la perte. Sinon, vous et les personnes à votre charge pourriez devoir fournir une preuve d'assurabilité, et vos protections en vertu du présent régime pourraient être limitées ou refusées.

#### 5 Renseignements sur les bénéficiaires du participant au régime / employé

Si vous désignez un bénéficiaire qui :

- (a) est âgé de moins de 18 ans, ou  
(b) est handicapé intellectuellement,

vous devriez aussi nommer un tuteur pour ce bénéficiaire. Si tel est votre cas ou si la capacité juridique de votre bénéficiaire désigné vous préoccupe, veuillez consulter un conseiller juridique pour obtenir des précisions à cet égard.

Si vous êtes un résident du Québec et que vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, vous ne pouvez pas modifier votre désignation de bénéficiaire, à moins que :

- (a) vous indiquiez que votre désignation de bénéficiaire est révoquable en cochant la case appropriée sur le présent formulaire, ou que,  
(b) votre conjoint accepte, par écrit, de ne plus être votre bénéficiaire.

Les renseignements originaux sur votre bénéficiaire seront conservés par le promoteur du régime / employeur.

##### Désignez vos bénéficiaires

Nom du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire
Lien avec le participant au régime	Pourcentage alloué %
Nom du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire
Lien avec le participant au régime	Pourcentage alloué %
Nom du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire
Lien avec le participant au régime	Pourcentage alloué %

Je désigne \_\_\_\_\_ comme tuteur pour recevoir tout montant destiné à un bénéficiaire de moins de 18 ans ou handicapé intellectuellement.

##### Pour les résidents du Québec seulement

Si vous avez désigné votre conjoint comme bénéficiaire, votre désignation sera irrévocable, à moins que vous n'indiquiez ci-dessous qu'elle est révoquable.

Je désigne que ma désignation soit :  Révoquable  Irrévocable

#### 6 Déclaration du participant au régime / employé

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à l'échange des renseignements personnels me concernant par le promoteur du régime / employeur, l'administrateur, une compagnie d'assurance ou toute autre personne nécessitant ces renseignements aux fins de l'administration de mon régime d'assurance collective.

J'autorise ces parties à obtenir et à échanger entre elles tout renseignement à mon sujet et au sujet de mon conjoint et des enfants à ma charge aux fins de l'établissement de l'admissibilité aux protections, de la tenue des dossiers, d'identification de dossiers, de rapports, de souscription, d'obtention de renseignements médicaux, d'évaluation et de résolution des demandes de règlement, de gestion de programme et de tous les autres services fournis à l'occasion.

Je confirme avoir obtenu le consentement de mon conjoint et des enfants à ma charge qui sont majeurs relativement à la transmission de leurs renseignements personnels dans le cadre du régime.

Par la présente, je demande à participer au régime d'assurance collective de mon promoteur de régime / employeur et j'autorise la perception des retenus salariales nécessaires.

Je certifie que les renseignements figurant ci-dessus sont exacts et complets. Une photocopie de cette autorisation est aussi valable que l'original. Le promoteur du régime / employeur conservera l'original du formulaire d'adhésion.

Signature du participant au régime / employé

Date de la signature

Retourner à votre administrateur de régime

**SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR / LE RÉPONDANT DU RÉGIME**

Nom de l'employeur / du répondant du régime	Police/régime n°
<b>LE RÉGIME DE RETRAITE CANADIEN DE L'INDUSTRIE DU DIVERTISSEMENT</b>	<b>62724</b>

**SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉMETTEUR**

Le régime d'épargne-retraite est établi par la London Life, Compagnie d'Assurance-Vie (l'émetteur) 255 avenue Dufferin, London ON N6A 4K1. La London Life est une filiale de la Great-West. La Great-West, compagnie d'assurance-vie et la conception graphique de la clé sont des marques de commerce de la Great-West, utilisées sous licence par la London Life pour la promotion et la commercialisation de produits d'assurance.

**SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE RENTIER (veuillez écrire en caractères d'imprimerie)**

Nom de famille	Initiale du second prénom	Prénom	Division/sous-groupe	Numéro d'identification / d'employé <b>S.O.</b>
----------------	---------------------------	--------	----------------------	--

Numéro d'assurance sociale  - - - - - J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale aux fins de la déclaration d'impôt, d'identification et de tenue de dossiers.	Date de naissance  jj mm aaaa	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Adresse électronique  Requis pour l'accès en ligne et pour faire parvenir de l'information sur le régime et sur les services qu'il comporte
---	-------------------------------------	--	---	---

Adresse (numéro municipal et nom de la rue, numéro d'appartement)

Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone - - - - - poste	Autre numéro de téléphone - - - - -
-------	----------	-------------	--	--

**SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE**

**Premier(s) bénéficiaire(s) à mon décès**

Nom de famille	Prénom	Date de naissance jj mm aaaa	Lien du bénéficiaire avec le rentier				% des prestations
			Cochez une case ci-dessous			OU	
			Marié(e)	Uni civilement au Québec	Conjoint de fait	Autre (enfant, ami, etc.)	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
							<i>Total 100 %</i>

Sauf dispositions contraires dans la loi, si l'un de mes premiers bénéficiaires décède avant moi, sa part sera versée aux premiers bénéficiaires survivants, en parts égales ou, s'il n'y a aucun premier bénéficiaire survivant, à mon ou mes bénéficiaires subsidiaires nommés ci-dessous. En l'absence d'un bénéficiaire subsidiaire, la prestation reviendra à ma succession.

**Bénéficiaire(s) subsidiaire(s) à mon décès**

Nom de famille	Prénom	Date de naissance jj mm aaaa	Lien du bénéficiaire avec le rentier	% des prestations
				<i>Total 100 %</i>

Lorsque la loi le permet, ces désignations sont valables pour toutes les prestations payables aux termes du régime, sauf si la législation sur les pensions exige que le paiement soit versé à mon époux/conjoint ou conjoint de fait admissible.

Toute désignation de bénéficiaire est révoquée, **sauf** :

- Si le formulaire *Désignation de bénéficiaire irrévocable* a été rempli
- Lorsque les lois du Québec s'appliquent et que j'ai désigné mon conjoint marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire, l'encadré ci-après s'applique.

**Lorsque les lois du Québec s'appliquent :**

- **Si je désigne mon conjoint marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire**, cette désignation sera irrévocable, à moins que je ne coche la case ci-dessous. Si j'ometts de le faire, des restrictions s'appliqueront si je n'obtiens pas le consentement de mon conjoint. Par exemple, je ne pourrai pas modifier la désignation de bénéficiaire, ni effectuer des retraits du régime lorsque cela est permis, ni exercer certains autres droits.  
Je désigne mon conjoint marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire révoquée.
- **En ce qui concerne un bénéficiaire mineur ou une personne n'ayant pas de capacité juridique qui réside au Québec** – Les prestations payables aux termes du régime à un bénéficiaire qui est mineur ou qui n'a pas de capacité juridique au moment où le paiement doit être effectué seront versées à son ou ses tuteurs ou à son curateur, à moins qu'une fiducie valide ait été établie au bénéfice du bénéficiaire, par testament ou par contrat distinct, afin de recevoir un tel paiement et que l'émetteur a été informé de la fiducie. Si une fiducie a déjà été établie, désignez-la à titre de bénéficiaire dans la présente section. **Il est recommandé de consulter un conseiller juridique avant de désigner une fiducie.**

## Demande d'adhésion à un régime d'épargne-retraite (suite)

### SECTION 5 – NOMINATION DE FIDUCIAIRE

(remplir si l'un des bénéficiaires est un mineur ou n'a autrement pas de capacité juridique ET NE RÉSIDE PAS AU QUÉBEC)

En l'absence d'une fiducie en bonne et due forme, je nomme par les présentes :

Nom et prénom du fiduciaire nommé par les présentes	Fiduciaire pour (indiquer le nom du bénéficiaire)	Lien avec le rentier

à titre de fiduciaire pour recevoir, en fiducie, toutes les prestations payables aux termes du régime à tout bénéficiaire qui, au moment de recevoir les prestations, est mineur ou n'a pas la capacité juridique nécessaire pour donner une quittance valide conformément aux lois du domicile du bénéficiaire. Tout versement fait au fiduciaire libérera l'émetteur de ses engagements jusqu'à concurrence du montant versé. J'autorise le fiduciaire, à sa seule discrétion, à utiliser ces prestations pour l'entretien ou l'éducation du bénéficiaire et à exercer tout droit du bénéficiaire aux termes du régime. Le fiduciaire peut, en plus des placements que les fiduciaires sont autorisés à faire, investir dans n'importe quel produit de, ou offert par, l'émetteur ou les institutions financières y affiliées. La fiducie établie pour tout bénéficiaire prendra fin lorsque ce bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité et aura la capacité juridique nécessaire pour donner une quittance valide. J'ordonne au fiduciaire de verser à ce moment-là au bénéficiaire l'actif détenu en fiducie pour ce bénéficiaire. Je me réserve le droit, personnellement ou par l'entremise de mon représentant personnel, de nommer par écrit un nouveau fiduciaire qui remplacera l'ancien.

### SECTION 6 – AUTORISATION DE RETENUES SALARIALES

J'autorise mon employeur à déduire 5 % par période de paye..

### SECTION 7 – SÉLECTION DES PLACEMENTS (La répartition totale doit correspondre à 100 %.)

Veuillez sélectionner un ou des placements pour les cotisations salariales et pour les cotisations patronales, le cas échéant. Si aucune sélection n'est faite, les cotisations seront investies dans le placement par défaut.

**Fonds de répartition de l'actif** - Remplissez le Questionnaire sur le profil d'investisseur pour déterminer quel fond vous convient le mieux

Portefeuille prudent (GSP)	LCOPO	_____ %
Portefeuille modéré (GSP)	LMOPO	_____ %
Portefeuille équilibré (GSP)	LBAPO	_____ %
Portefeuille confiant (GSP)	LADPO	_____ %
Portefeuille énergétique (GSP)	LAGPO	_____ %

#### Espèces et fonds équivalents

Compte à intérêt quotidien	DIA	_____ %
Compte à intérêt composé - 5 ans	CI5	_____ %

#### Fonds équilibrés

Fonds équilibré socialement responsable (GIGWL)	SRBAL	_____ %
---	-------	---------

#### Fonds de répartition de l'actif à date cible

(Choisissez la série de fonds Cadence ci-dessous. Vos contributions seront dirigés vers le fonds de la série qui vient à échéance la plus proche de l'année où vous atteignez 65 ans)

Série Cadence (GSP) \_\_\_\_\_ %

#### Fonds par défaut – Cadence

Le fonds par défaut correspond au fonds qui se rapproche le plus de l'année de votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

Cochez cette case seulement si vous souhaitez affecter de vos cotisations au fonds par défaut. 100 %

### SECTION 8 – DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

L'émetteur établira un dossier de renseignements confidentiels comprenant des renseignements personnels sur le rentier. Le rentier peut accéder au dossier et le rectifier s'il présente une demande écrite à l'émetteur à cette fin. L'émetteur recueillera, utilisera et divulguera les renseignements personnels du rentier pour : traiter sa demande et fournir, gérer et assurer le service du régime faisant l'objet de la demande (y compris des évaluations de la qualité du service faites par l'émetteur ou au nom de celui-ci); faire part au rentier des produits et des services afin de l'aider à planifier sa sécurité financière; faire des recherches, s'il y a lieu, et verser les prestations aux termes du régime; créer et mettre à jour les registres relatifs à leur relation s'il y a lieu; et répondre à tout autre besoin directement relié à ce qui précède. L'émetteur peut avoir recours à des fournisseurs de services du Canada ou de l'étranger. Les renseignements personnels sur le rentier ne seront fournis qu'au rentier, au répondant du régime, aux organismes de réglementation en matière de pension et aux instances gouvernementales connexes, à l'émetteur, à ses sociétés affiliées, ainsi qu'à tous les employés, mandataires et représentants dûment autorisés de l'émetteur ou de ses sociétés affiliées, au Canada ou à l'étranger, aux fins du régime ou à des fins connexes, sauf en cas d'exigence ou d'autorisation contraire aux termes de la loi ou d'un acte de procédure, ou de la part du rentier. Dans tous les cas, la disponibilité des renseignements est assujettie à la détermination légitime de l'émetteur. Les renseignements personnels sont recueillis, utilisés, divulgués ou autrement traités en conformité avec la loi applicable, y compris la législation applicable relative à la protection de la vie privée, et ils peuvent être assujettis à la divulgation aux personnes autorisées en vertu des lois applicables du Canada ou de l'étranger. Pour de plus amples renseignements en ce qui concerne nos lignes directrices en matière de confidentialité, veuillez demander la brochure intitulée Normes de confidentialité.

### SECTION 9 – DEMANDE D'ADHÉSION

Je demande l'adhésion au régime d'épargne-retraite et j'autorise le répondant du régime à agir en tant que mon mandataire aux fins du régime. Je sollicite de l'émetteur qu'il demande l'enregistrement du régime en tant que régime enregistré d'épargne-retraite en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada et de toute loi provinciale similaire. Si des fonds de retraite immobilisés sont transférés au régime, je conviens et reconnais que les fonds transférés seront régis par l'avenant de compte de retraite immobilisé, l'avenant de régime d'épargne-retraite immobilisé ou l'avenant de régime d'épargne immobilisée restreint selon le cas (l'avenant d'immobilisation), qui fera partie du régime et qui a préséance sur les modalités du certificat du régime d'épargne-retraite émis au participant dans l'hypothèse où il y aurait des divergences entre le certificat et l'avenant d'immobilisation.

### SECTION 10 – SIGNATURE

Je confirme les renseignements dans le présent formulaire et les mettrai à jour par la suite s'ils sont modifiés. Je suis au courant des raisons pour lesquelles les renseignements visés par mes consentements et mes autorisations sont nécessaires, ainsi que des avantages et des risques reliés au consentement ou au non-consentement. J'autorise l'émetteur à recueillir, à utiliser et à divulguer des renseignements personnels à mon sujet pour les besoins décrits à la section Dossier de renseignements confidentiels. Cette autorisation est accordée conformément aux lois applicables et ne limite pas les consentements et autorisations donnés ailleurs dans le présent document. Mes consentements et autorisations prendront effet à la date à laquelle la présente demande est signée et prendront fin lorsqu'ils ne seront plus nécessaires. Mes consentements et autorisations pourront être révoqués en tout temps par écrit ou par avis électronique à l'émetteur, sous réserve des obligations légales et contractuelles. Toute reproduction de mes consentements et autorisations sera aussi valide que l'original. Si je cesse d'être admissible au régime et que je ne choisis aucune des options conformément aux modalités du régime, l'émetteur est autorisé à exercer les options de transfert ou de retrait prévues aux termes du régime, et je nomme par les présentes l'émetteur à titre de mandataire à ces fins et pour toutes fins connexes.

Signature du rentier

Date