

Retourner aux Services de retraite collectifs, Great-West
330 avenue University Toronto ON M5G 1R8
1 800 724-3402

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

Nom de l'employeur / du répondant du régime INGÉNIEURS CANADA	Police/régime n° 35408
---	----------------------------------

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉMETTEUR

Le régime non enregistré d'épargne 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 PROPOSANT (tous les champs doivent être remplis) (en caractères d'imprimerie)

Nom de famille	Initiale du second prénom	Prénom	Division/sous-groupe	Numéro d'identification / d'employé
----------------	---------------------------	--------	----------------------	-------------------------------------

Numéro d'assurance sociale - - - - -	Êtes-vous citoyen américain ou résident des États-Unis aux fins de l'impôt sur le revenu? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, fournir le numéro d'identification fiscale (NIF) : _____ Si vous omettez de répondre, l'émetteur sera tenu de le déclarer à l'Agence du revenu du Canada.
---	--

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 les services qu'il comporte)
---------------------------------	--	---	--

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

IMPORTANT : Si l'adresse est une case postale, la poste restante ou une route rurale, veuillez également inscrire l'adresse municipale

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 les proposants			Autre (enfant, ami, etc.)	% des prestations
			Cochez une case ci-dessous OU Précisez sous Autre				
			Marié (e)	Uni civilement au Québec	Conjoint de fait		
			<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"/>		
							Total 100 %

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

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s) à mon décès

Nom de famille	Prénom	Date de naissance jj mm aaaa	Lien du bénéficiaire avec les proposants	% des prestations
				Total 100 %

Lorsque la loi le permet, ces désignations sont valables pour toutes les prestations payables aux termes du régime.

Toute désignation de bénéficiaire est révocable, **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 révocable.
- **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 profit 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 non enregistré d'épargne (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 proposant

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 – SÉLECTION DES PLACEMENTS

Sélectionnez des placements pour les cotisations salariales. Si aucune sélection n'est faite, les cotisations seront investies dans le placement par défaut.

Nom ou code du placement	Pourcentage	Nom ou code du placement	Pourcentage
	%		%
	%		%
	%		%
	%		%
	%		%
	%		%

La répartition totale doit correspondre à 100 %.

SECTION 7 – DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

L'émetteur établira un dossier de renseignements confidentiels comprenant des renseignements personnels sur le proposant. Le proposant 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 proposant 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 proposant 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 proposant ne seront fournis qu'au proposant, 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 proposant. 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 8 – SIGNATURE

Je confirme que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets et exacts, et je 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 ces 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 ne fais pas de choix conformément aux dispositions 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 cette fin et à toutes fins connexes.

Important : Veuillez lire les directives qui se trouvent au début de la section 9 à la page suivante.

Signature du proposant

Date

Demande d'adhésion à un régime non enregistré d'épargne (suite)

SECTION 9 – RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS REQUIS/VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ

Le proposant ne sera pas établi à titre de participant aux termes du régime tant que le processus de vérification de l'identité n'est pas terminé.

À noter : Ne remplissez pas cette section si une vérification en personne par un représentant autorisé est impossible. Une trousse d'identification distincte doit être utilisée. Visitez le www.grsaccess.com ou composez le 1 800 724-3402 pour obtenir les formulaires appropriés.

Partie A – à remplir par le proposant (remplir tous les champs applicables des sections 1 à 4)

1) Raison motivant l'adhésion au régime (cochez deux choix au maximum)

- Épargne à court terme Épargne à long terme Planification/protection successorale Constitution d'un fonds de retraite
 Autre (précisez) _____

2) Source des fonds (précisez la provenance des fonds ou leur mode d'acquisition; il n'est pas suffisant de répondre que les fonds proviennent d'un compte bancaire ou de l'épargne accumulée)

- Revenu d'emploi Héritage Vente d'une propriété/maison Cadeau
 Revenu du ménage (précisez la source) _____ (p. ex. revenu du conjoint)
 Autre (veuillez fournir une description détaillée) _____

3) Précisions sur l'emploi

Occupez-vous un emploi actuellement?

- Oui. Donnez des précisions sur l'emploi à la section **Occupe un emploi**.
 Non. Donnez des précisions à la section **Sans emploi**.

Occupe un emploi :

Profession / titre de poste	Nature des responsabilités
Employeur	Nature de l'entreprise de l'employeur

Sans emploi :

- Cochez une case parmi les suivantes : Sans emploi Retraité Étudiant Personne au foyer
 Autre : veuillez préciser _____

Employeur précédent (à remplir si vous êtes à la retraite ou occupiez un emploi)	Nature de l'entreprise de l'employeur précédent (à remplir si vous êtes à la retraite ou occupiez un emploi)
---	---

4) Détermination de tiers intéressé

Existe-t-il ou existera-t-il un tiers intéressé à ce régime (un tiers peut être un particulier ou une entité telles une société par actions, une fiducie ou une société de personnes)? Il peut s'agir d'un particulier ou d'une entité qui cotisera au régime, qui fournira des directives à l'égard du régime ou qui fera usage des fonds détenus dans le régime ou aura accès à ceux-ci.

- Non. Passez à la Partie B. Oui. Fournissez les renseignements demandés ci-dessous.

Indiquez le type de tiers (s'il existe plus d'un tiers, veuillez joindre une feuille séparée pour donner tous les renseignements demandés ci-dessous pour chaque tiers additionnel).

- Titulaire d'une procuration / mandataire Payeur (comprend toute personne qui versera des cotisations forfaitaires)
 Fiduciaire Créancier gagiste/hypothécaire Liquidateur/exécuteur
 Autre: _____

Nom du tiers (particulier ou entité)	Lien avec le proposant	Date de naissance (si le tiers est un particulier) jj mm aaaa	Numéro de constitution en société (si le tiers est une société; pour toute autre entité, fournissez le numéro d'enregistrement)	Nature de l'entreprise (si le tiers est une entité)	Type d'entité (le cas échéant)
Adresse (numéro municipal et nom de la rue, numéro d'appartement) Ville Province Code postal Lieu de la constitution en société (le cas échéant)					
IMPORTANT – Si l'adresse est une case postale, la poste restante ou une route rurale, veuillez également inscrire l'adresse municipale.					

Si le tiers est un particulier, remplissez la section ci-dessous : Le tiers occupe-t-il un emploi actuellement?

- Oui. Donnez des précisions sur l'emploi à la section **Occupe un emploi**.
 Non. Donnez des précisions à la section **Sans emploi**.

Occupe un emploi :

Profession / titre de poste	Nature des responsabilités
Employeur	Nature de l'entreprise de l'employeur

Sans emploi :

- Cochez une case parmi les suivantes : Sans emploi Retraité Étudiant Personne au foyer
 Autre : veuillez préciser _____

Employeur précédent (à remplir si le tiers est à la retraite ou s'il occupait un emploi)	Nature de l'entreprise de l'employeur précédent (à remplir si le tiers est à la retraite ou s'il occupait un emploi)
---	---

Demande d'adhésion à un régime non enregistré d'épargne (suite)

SECTION 9 – RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS REQUIS/VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ (suite)

Partie A – à remplir par le proposant (suite)

4) Détermination de tiers intéressé (suite)

Si le tiers (particulier ou entité) cotisera au régime, fournissez les renseignements suivants :

Source des fonds (précisez la provenance des fonds ou leur mode d'acquisition; il n'est pas suffisant de répondre que les fonds proviennent d'un compte bancaire ou de l'épargne accumulée)

Si le tiers est un particulier, veuillez sélectionner l'une des options suivantes :

- Revenu d'emploi Revenu du ménage – veuillez préciser la source _____ (p. ex. revenu du conjoint)
 Héritage Vente d'une propriété / maison Cadeau
 Autre (veuillez fournir une description détaillée) _____

Si le tiers est une entité, veuillez sélectionner l'une des options suivantes :

- Bénéfices Fonds de dotation Dons de bienfaisance Vente d'une propriété Cadeau
 Autre (veuillez fournir une description détaillée) _____

Si vous êtes dans l'impossibilité d'obtenir les renseignements sur les tiers demandés ci-dessus, veuillez indiquer pourquoi :

Partie B – doit être remplie par un représentant autorisé (toute personne qui est employée par les Services de retraite collectifs de la Great-West ou tout conseiller en sécurité financière avec qui la Great-West ou la London Life a passé un contrat d'affaires)

Vérification de l'identité du proposant

J'ai vérifié l'identité du proposant et confirmé les renseignements indiqués ci-dessous, conformément à la Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes (Canada).

À noter : Le prénom et le nom figurant sur la pièce d'identité doivent être identiques à ceux qui ont été fournis sur la demande.

La vérification a été effectuée au moyen du document suivant :

<input type="checkbox"/> Acte de naissance	<input type="checkbox"/> Passeport Date de délivrance : ____ / ____ / ____ jj mm aaaa Date d'expiration : ____ / ____ / ____ jj mm aaaa	<input type="checkbox"/> Permis de conduire Date de délivrance : ____ / ____ / ____ jj mm aaaa Date d'expiration : ____ / ____ / ____ jj mm aaaa	<input type="checkbox"/> Autre _____ _____ _____ Date de délivrance : ____ / ____ / ____ jj mm aaaa Date d'expiration : ____ / ____ / ____ jj mm aaaa
--	---	--	---

Autorité émettrice _____

Document n° _____

Nom du représentant autorisé (en caractères d'imprimerie) _____

Nom de l'entreprise du représentant autorisé (en caractères d'imprimerie) _____

Emplacement de l'entreprise (ville, province) (en caractères d'imprimerie) _____

Signature du représentant autorisé

Date

Trousse d'identification personnelle

Les formulaires contenus dans la présente trousse doivent être remplis si vous êtes considéré comme un tiers agissant au nom d'un participant à un régime non enregistré d'épargne permettant le versement de cotisations forfaitaires et qu'il est impossible ou peu pratique pour vous de faire vérifier votre identité en personne par un représentant autorisé (toute personne qui est employée par les Services de retraite collectifs de la Great-West ou tout conseiller en sécurité financière avec qui la Great-West ou la London Life a passé un contrat d'affaires). Ce processus d'identification est requis aux fins de conformité avec la législation sur la lutte contre le blanchiment d'argent au titre du régime non enregistré.

L'*Attestation de l'identité du tiers par le garant* requiert qu'un garant exerçant l'une des professions indiquées atteste votre identité. Remplissez la partie supérieure du formulaire en y indiquant l'information demandée, puis faites attester votre identité de la façon suivante :

1. Présentez une photocopie lisible d'une pièce d'identité valide (voir le point 2 ci-dessous) qui n'a pas expiré ainsi que la pièce d'identité originale à un garant (voir le point 3 ci-dessous) pour attestation. Le recto et le verso de l'original, le cas échéant, doivent être photocopiés sur une seule page. Cette photocopie doit être jointe au formulaire d'attestation.
2. Les pièces d'identité acceptées comprennent les documents suivants : votre certificat de naissance, votre permis de conduire, votre passeport, votre carte de résident permanent, ou un autre document semblable. Le document doit être valide et ne doit pas être expiré. Privilégiez un document sur lequel figurent votre photo et votre signature. Le document doit comporter un numéro d'identification unique et avoir été délivré par une instance gouvernementale.
À noter : Le prénom et le nom figurant sur la pièce d'identité doivent être identiques à ceux qui ont été fournis sur la demande d'adhésion du participant ou sur le formulaire *Détermination de tiers intéressé*.
3. Demander à un garant d'attester votre identité en remplissant la section pertinente du formulaire. Le garant doit être une personne exerçant l'une des professions suivantes au Canada :

Dentiste	Juge	Pharmacien	Avocat	Professionnel comptable (APA, CA, CGA, CMA, PA ou RPA)
Médecin	Juge de paix	Vétérinaire	Notaire (Québec)	Ingénieur (ing., P. Eng.)
Chiropraticien	Optométriste		Notaire public	Commissaire à l'assermentation

Vous devez également remplir l'*Autorisation de confirmation de renseignements bancaires*, qui nous autorise à communiquer avec votre institution financière pour confirmer les renseignements que vous avez fournis. Vous trouverez sur le formulaire même des directives supplémentaires sur la façon de remplir le formulaire. À noter qu'il est possible que des frais vous soient imputés par votre institution financière pour ce service. Veuillez communiquer avec celle-ci pour obtenir des précisions.

L'*Attestation de l'identité du tiers par le garant* et l'*Autorisation de confirmation de renseignements bancaires* doivent être retournées à la Great-West dûment remplies.

Retourner à la Great-West
1 800 724-3402

S'il existe plus d'un tiers, veuillez remplir un formulaire distinct pour chaque tiers additionnel.

En caractères d'imprimerie.

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR / LE RÉPONDANT DU RÉGIME

Nom de l'employeur / du répondant du régime	Numéro de la police / du régime
INGÉNIEURS CANADA	35408

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Nom de famille	Initiale du second prénom	Prénom	Numéro de certificat

RENSEIGNEMENTS SUR LE TIERS

Nom de famille	Initiale du second prénom	Prénom

ATTESTATION DE L'IDENTITÉ DU TIERS PAR LE GARANT

Je soussigné, _____
(nom du garant)

ai attesté l'identité du tiers indiqué ci-dessus et je confirme que la photocopie de la pièce d'identité jointe au présent au présent formulaire est une copie conforme de l'original (ou de ses parties pertinentes relatives à l'identification) qui m'a été montré dans son intégralité, en l'occurrence un :

(type de pièce d'identité utilisé, p. ex. certificat de naissance, passeport, permis de conduire)

non expiré portant le numéro _____
(numéro du document)

délivré au nom de _____
(nom du tiers, p. ex. conducteur dont le nom figure sur le permis de conduire)

En dernier lieu, signez et datez la photocopie de la pièce d'identité et indiquez « Copie certifiée conforme ».

Signature _____ Date _____

Adresse : Numéro municipal et rue : _____

Ville : _____

Province et code postal : _____

Profession que j'exerce (au Canada) : _____

Retourner à la Great-West
1 800 724-3402

Le présent formulaire doit être utilisé conjointement avec le formulaire intitulé *Attestation de l'identité du tiers par le garant* lorsqu'une personne agissant à titre de tiers pour un participant à un régime de retraite collectif non enregistré doit fournir une preuve d'identité et que l'identification en personne est impossible ou peu pratique. La signature de ce formulaire donnera l'autorisation à la Great-West de communiquer avec l'institution financière canadienne applicable pour confirmer les renseignements bancaires fournis. Des frais peuvent être imputés par l'institution financière pour ce service. Toute demande de renseignements à ce sujet doit être adressée à l'institution financière.

Doit être rempli par le tiers (en caractères d'imprimerie) :

RENSEIGNEMENTS SUR LE TIERS			
Nom de famille	Initiale du second prénom	Prénom	Numéro d'assurance sociale
			- -

Veillez joindre un chèque portant la mention « Annulé » ou fournir les renseignements suivants sur votre institution financière canadienne et votre compte.

RENSEIGNEMENTS SUR L'INSTITUTION FINANCIÈRE ET LE COMPTE			
Nom de l'institution financière		Numéro de compte	
Adresse (numéro municipal et nom de la rue)	Ville	Province	Code postal

Je soussigné, le tiers, autorise la Great-West à communiquer avec l'institution financière indiquée ci-dessus afin de confirmer les renseignements fournis sur le présent formulaire aux fins de la Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes (Canada). Je consens également à ce que le présent formulaire soit transmis à mon institution financière aux fins de vérification de mon autorisation.

Fait à _____ Date _____
Ville Province

Signature du tiers _____