

Numéro de l'investisseur

Numéro de compte (contrat n°)

Nom du souscripteur (en caractères d'imprimerie le Nom de famille, le Prénom et l'Initiale)

Nom du souscripteur conjoint (Nom de famille, Prénom, Initiale)

Modification des renseignements personnels (faire un choix) Souscripteur Souscripteur conjoint Bénéficiaire

Nom (Nom de famille, Prénom, Deuxième prénom)

Numéro d'assurance sociale

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone à domicile

Autre numéro de téléphone

Date de naissance (mm/jj/aaaa)

Modification des renseignements du bénéficiaire (pour régime individuel seulement)

En tant que souscripteur(s), je révoque/nous révoquons toutes les désignations précédentes et, par la présente, désigne/désignons la personne suivante comme Bénéficiaire des Paiements d'aide aux études de ce Régime :

Nom du bénéficiaire tel qu'il figure sur la carte d'assurance sociale (Nom de famille, Prénom, Deuxième prénom)

Numéro d'assurance sociale

Nom du Parent/tuteur/principal responsable public du bénéficiaire (Nom de famille, Prénom, Initiale)

Date de naissance du Bénéficiaire (mm/jj/aaaa)

Adresse

Ville

Province

Code postal

Je comprends qu'il y aura des pénalités suite à un changement de bénéficiaire visant à désigner :

- une personne autre que mon/notre enfant biologique/adopté ou petit-enfant
- une personne qui n'est pas un frère ou une sœur du bénéficiaire d'origine, alors que, en vertu du Régime, j'ai/nous avons fait la demande d'une Subvention canadienne pour l'épargne-études, d'une Subvention canadienne pour l'épargne-études supplémentaire, d'un Bon d'étude canadien ou toute autre Subvention provinciale applicable (appelés « Subventions » aux présentes) et que j'ai/nous avons reçu ou recevrai/recevrons l'une d'entre elles.

Ce Bénéficiaire successeur est n'est pas

1. âgé de moins de 21 ans; et
2. i) un frère ou une sœur du bénéficiaire précédent ou
ii) ce bénéficiaire successeur et le bénéficiaire initial sont mes
 enfants petits-enfants biologiques/adoptés

Demande de Subventions

J'ai/Nous avons complété et joint un des formulaires de demande suivants :

- Demande de Subvention canadienne pour l'épargne-études (HRSDC, formulaire 0069)
- Demande de Subvention canadienne pour l'épargne-études de base et supplémentaire et de Bon d'études canadien (HRSDC, formulaire 0071)
- Demande de Subvention canadienne pour l'épargne-études de base et supplémentaire et de Bon d'études canadien – souscripteur(s) seulement (HRSDC, formulaire 0073)
- Demande de subvention provinciale

Je confirme/Nous confirmons que le bénéficiaire est un résident canadien et que ce statut est une exigence préalable pour recevoir une subvention en vertu du Programme de Subvention canadienne pour l'épargne-études. Je m'engage / nous nous engageons à aviser le fiduciaire si le bénéficiaire n'est plus détenteur du statut de résident canadien au moment de toute cotisation subséquente pertinente à ce bénéficiaire. Je m'engage/nous nous engageons à aviser le fiduciaire si le bénéficiaire ne détient plus le statut de résident canadien au moment de toute demande d'un paiement d'aide aux études.

Je déclare/Nous déclarons que l'information contenue dans la présente est exacte, correcte et complète sur tous les plans.

X
Signature du souscripteur

X
Signature du souscripteur conjoint

X
Signature du témoin

Date (mm/jj/aaaa)

Modification du souscripteur conjoint (faire un choix) En tant que souscripteur, je choisis de :

Ajouter mon conjoint (tel que défini dans la *Loi de l'impôt sur le revenu*) en tant que Souscripteur conjoint à ce régime et, en apposant sa signature ci-dessous, mon conjoint accepte cette désignation :

Nom du souscripteur conjoint (Nom de famille, Prénom, Initiale)

Numéro d'assurance sociale

Adresse

Ville

Province

Code postal

Date de naissance (mm/jj/aaaa)

Retirer _____, un des souscripteurs dans la présente, par :
 choix conjoint des deux Souscripteurs; ou rupture de la relation (ordre de la cour joint à la présente)

Modification des renseignements relatifs à l'Établissement désigné

En tant que souscripteur(s), je désigne/nous désignons l'Établissement suivant comme étant l'établissement désigné ayant droit de recevoir toute accumulation de revenus non utilisés dans les Paiements d'aide aux études au Bénéficiaire, pouvant exister à la Date de la résiliation (26 ans à compter de la date d'ouverture) du (mm/jj/aaaa) : 12/31/20_____

Nom de l'Établissement d'enseignement

Adresse

Ville

Province

Code postal

Autorisation du ou des souscripteurs

X
Signature du souscripteur

X
Signature du souscripteur conjoint

X
Signature du témoin

Date (mm/jj/aaaa)

Nom de l'Institution financière

Courtier n°

Nom du représentant

N° de succursale/représ.

Veillez fournir une photocopie de vos dossiers d'investisseur