

Renseignements sur l'employeur

| | | | |
|--|-------|------------------------------|-------------|
| Nom de l'entreprise (en caractères d'imprimerie) | | Nbre d'employés participants | |
| Adresse | Ville | Province | Code postal |

Renseignements sur le régime

Personne autorisée par l'employeur à agir à titre de personne-ressource administrative :

| | | |
|-------|----------------------|-------------|
| Nom | | Téléphone |
| Titre | Adresse électronique | Télécopieur |

À quelle fréquence sont payés les employés? Hebdomadaire Aux deux semaines Mensuelle Autre _____

Fréquence du prélèvement sur la paie des cotisations au REER : Hebdomadaire Aux deux semaines Mensuelle Autre _____

Date du premier versement au REER collectif (mm/jj/aaaa) _____

L'employeur cotisera-t-il? Non Oui

L'employeur souhaite-t-il limiter les retraits du REER collectif?
Limiter les retraits effectués sur les : Aucune restriction Cotisations de l'employeur seulement Cotisations des employés seulement Les deux

Y a-t-il des exceptions (retraits pour l'achat d'une maison, éducation permanente, etc.)? Non Oui Détails : _____

Les employés peuvent-ils cotiser dans un régime au profit du conjoint? Non Oui

Ce régime collectif remplace-t-il un régime existant? Non Oui-Émetteur existant : _____
Détails (pension, RÉER collectif, n° du groupe, etc.) _____

Autorisation de l'employeur

L'employeur dont le nom apparaît ci-dessus accepte d'instaurer un REER collectif qui sera administré par Ethical Funds Inc. (EFI) quant au REER collectif à fonds multiples, tel que défini ci-dessus et dans les formulaires de demande soumises par les employés participants. L'employeur peut en tout temps modifier ses obligations en vertu de ce REER collectif ou résilier celui-ci en donnant un avis écrit à EFI.

X _____
Signature d'un directeur ou autre personne autorisée Nom (en caractères d'imprimerie) et titre

X _____
Signature (le cas échéant) Nom (en caractères d'imprimerie) et titre

À usage interne seulement – Autorisation du représentant du courtier

| | | |
|--|--|---------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Courtier | Représ. (pers.-ress. principale du régime) | Signature du représentant |
| _____ | _____ | _____ |
| Code du représentant | Numéro du courtier | Téléphone |
| Y aura-t-il d'autres représentants affectés à ce compte? | | |
| _____ | _____ | _____ |
| Code de représentant | Nom du représentant | Nom du représentant |
| Les remises des retenues à la source seront déposées : <input type="checkbox"/> Dans le compte fiduciaire n° _____ <input type="checkbox"/> Chèque à EFA | | |