

### 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?  Aucune restriction  Cotisations de l'employeur seulement  Cotisations des employés seulement  Les deux

Limiter les retraits effectués sur les :

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	Adresse électronique
Y aura-t-il d'autres représentants affectés à ce compte?			
Code de représentant	Nom du représentant	Code de 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			