

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		