

DEMANDE D'ADHÉSION
FONDS DE REVENU DE RETRAITE
(FRR)



RENTIER

NOM H F DATE DE NAISSANCE
JOUR MOIS ANNÉE

ADRESSE NUM. ASS. SOC.

VILLE PROVINCE CODE POSTAL

TÉLÉPHONE STATUT PROFESSIONNEL : RETRAITÉ OU AUTRE
(veuillez préciser)

BÉNÉFICIAIRE

NOM LIENS

CONJOINT(E)

(a) Le paiement minimum doit-il être en rapport avec l'âge du conjoint ou de la conjointe? Oui Non

(b) Si le bénéficiaire est le conjoint ou la conjointe, la rente doit-elle continuer à lui être versée après le décès du titulaire de la rente? Oui Non

Si « Oui » à (a) ou (b), veuillez fournir les renseignements suivants :

NOM DU CONJOINT D.D.N. N.A.S.

JOUR MOIS ANNÉE

DÉTAILS DU PLACEMENT ET DES PAIEMENTS

OPTIONS DE PLACEMENT		TRANSFERT* (\$)	DÉTAILS DE PAIEMENT (les versements seront faits par dépôt direct) Veuillez remplir le formulaire d'inscription au dépôt direct ci-dessous et joindre un chèque NUL.			
			Minimum à payer (X) OU	Montant spécifié	Fréquence (mens., sem., ann.)	Date du premier paiement Jour / Mois / Année
COMPTES DE PLACEMENT	DURÉE () ANNÉES		<input type="checkbox"/>			/ /
	DURÉE () ANNÉES		<input type="checkbox"/>			/ /
	DURÉE () ANNÉES		<input type="checkbox"/>			/ /
OPTION DE PARTICIPATION AUX MARCHÉS (OPM)**	FONDS INDICIEL D' ACTIONS CANADIENNES		<input type="checkbox"/>			/ /
	FONDS INDICIEL D' ACTIONS AMÉRICAINES		<input type="checkbox"/>			/ /
	FONDS INDICIEL D' ACTIONS INTERNATIONALES		<input type="checkbox"/>			/ /
	FONDS INDICIEL D' OBLIGATIONS CANADIENNES		<input type="checkbox"/>			/ /
INTÉRÊT QUOTIDIEN RÉEL			<input type="checkbox"/>			/ /
COTISATION TOTALE						

* Pour les transferts, à moins que le formulaire de garantie de taux d'intérêt ne soit joint, le taux en date de réception des fonds est celui qui est appliqué. Prière de joindre également le formulaire T2033.

** Pour faire des dépôts dans l'OPM, il faut avoir signé la section « Réception et prise de connaissance du dossier d'information sur les fonds de wawanesa life » à la page 2.

INSCRIPTION AU DÉPÔT DIRECT

TITULAIRE DU COMPTE TYPE DE COMPTE : CHÈQUES ÉPARGNE

ADRESSE DE LA SUCCURSALE

N° TRANSITAIRE N° INST. FIN. N° DU COMPTE

DATE D'ÉCHÉANCE

Les prestations sont payables au 100^e anniversaire du titulaire.

AVIS DE CONSENTEMENT ET DE DIVULGATION À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je consens à ce que Wawanesa Life utilise mes renseignements personnels pour : prendre et garder contact avec moi; recevoir mes cotisations de placement; enquêter sur les sinistres et payer les indemnités; déceler et prévenir la fraude; proposer ou fournir des produits et des services qui répondent à mes besoins; compiler des statistiques et remplir les obligations définies dans la loi.

Je comprends que Wawanesa Life peut communiquer mes renseignements personnels avec les personnes, organisations et fournisseurs de services suivants : employés et agents de Wawanesa Life qui ont besoin de cette information pour faire leur travail; fournisseurs de services de traitement et de stockage de données et les services de programmation, d'impression et de distribution postale; personnes à qui j'ai accordé l'accès à mes données; personnes autorisées par la loi à consulter mes renseignements personnels. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans d'autres provinces ou dans des zones de compétence à l'extérieur du Canada. Mes renseignements personnels peuvent être partagés parce que la loi l'exige dans ses autres zones de compétence.

Je reconnais que pour me fournir ultérieurement les prestations prévues au titre de l'assurance que je demande par les présentes, Wawanesa Life peut avoir besoin de recueillir, d'utiliser et de divulguer des renseignements personnels complémentaires me concernant. Je confirme que le présent consentement s'applique également à ces autres renseignements personnels.

Je comprends que toute restriction ou tout retrait de mon consentement peut avoir pour conséquence que Wawanesa Life soit dans l'incapacité de me fournir le produit ou le service que je demande, ou entraîner la caducité de la police.

Pour obtenir plus de détails sur la politique de protection des renseignements personnels de Wawanesa Life et les pratiques des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada, adressez-vous au Bureau de la direction de Wawanesa Life, au 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8, ou consultez www.wawanesalife.com.

Si vous avez des questions (y compris des questions au sujet des renseignements personnels que nous recueillons, ou au sujet des renseignements personnels recueillis, utilisés, divulgués ou stockés pour notre compte par des prestataires de services tiers à l'extérieur du Canada) ou une plainte à l'égard de nos politiques et procédures relatives à la protection de la vie privée, veuillez communiquer avec le responsable de la conformité en matière de protection des renseignements personnels : Commissaire à la protection de la vie privée, The Wawanesa Life Insurance Company, 400-200, Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8

RÉCEPTION ET PRISE DE CONNAISSANCE DU DOSSIER D'INFORMATION SUR LES FONDS DE WAWANESA LIFE (pour les transactions actuelles et futures sur OPM)

J'ai reçu le dossier d'information sur les fonds de Wawanesa Life. J'ai passé ces documents en revue avec mon conseiller.

REMARQUE : Le rentier doit avoir moins de 85 ans au moment de la première cotisation à l'Option de participation marché.

RENTIER (Signature)

SIGNATURES

Je demande à The Wawanesa Life Insurance Company d'enregistrer ce contrat au titre de fonds enregistrés de revenu de retraite en vertu de l'article 146.3 de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Je comprends que ce contrat est soumis aux dispositions de cette loi et que toutes les rentes versées seront soumises à l'impôt en conséquence.

Je confirme avoir lu, compris et accepté les conditions de la section Avis de consentement et de divulgation à l'égard des renseignements personnels.

Une photocopie ou une reproduction électronique de ce document sera valide au même titre que l'original.

RENTIER (Signature)

AGENT VENDEUR (Signature)

DATE

ATTRIBUTION DE CETTE VENTE

_____ AGENT RESPONSABLE (en caractères d'imprimerie)	_____ N° DE COURTIER	_____%
_____ AGENT DE SERVICE (en caractères d'imprimerie)	_____ N° DE COURTIER	_____%
_____ AUTRE (en caractères d'imprimerie)	_____ N° DE COURTIER	_____%

Les facteurs doivent totaliser 100 %

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE :
The Wawanesa Life Insurance Company, 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8

