

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





## DATE D'ÉCHÉANCE

Les prestations sont payables au 100<sup>e</sup> anniversaire du rentier.

## CONSENTEMENT ET DIVULGATION À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je consens à ce que Wawanesa Vie recueille, utilise et communique 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 agir comme l'exige ou l'autorise la loi.

Je comprends que Wawanesa Vie peut communiquer mes renseignements personnels aux personnes, organisations et fournisseurs de services suivants : les employés et agents de Wawanesa Vie qui ont besoin de cette information pour faire leur travail; les fournisseurs de services de traitement et de stockage de données et de programmation, d'impression et de distribution postale; les personnes à qui j'ai accordé l'accès à mes données; les 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 d'autres territoires de compétence à l'extérieur du Canada. Mes renseignements personnels peuvent être partagés conformément aux exigences des lois de ces autres provinces ou territoires de compétence.

Je reconnais que pour me fournir ultérieurement des services ainsi que les prestations prévues au titre de l'assurance que je demande par les présentes, Wawanesa Vie peut avoir besoin de recueillir, d'utiliser et de communiquer 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 Vie soit dans l'incapacité de me fournir le produit ou le service que je demande, ou qu'elle doive résilier la police.

*Pour obtenir plus de détails sur la politique de protection des renseignements personnels de Wawanesa Vie et les pratiques des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada, adressez-vous au bureau de la direction de Wawanesa Vie, au 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8, ou consultez [www.wawanesalife.com](http://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, communiqués ou stockés pour notre compte par des fournisseurs de services tiers à l'extérieur du Canada) ou voulez formuler 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 : Responsable de la protection de la vie privée, La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8.*

## RÉCEPTION ET PRISE DE CONNAISSANCE DU DOSSIER D'INFORMATION ET DE L'APERÇU DES FONDS (pour les transactions actuelles et futures aux termes de l'OPM)

J'ai reçu le dossier d'information et l'aperçu des fonds de Wawanesa Vie. 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 au marché.*

\_\_\_\_\_  
RENTIER (signature)

## SIGNATURES

Je demande à La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa d'enregistrer le présent contrat à titre de fonds de revenu de retraite en vertu de l'article 146.3 de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Je comprends que le présent contrat est soumis aux dispositions de cette loi et que toutes les rentes versées seront imposables conformément aux dispositions de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

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

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

\_\_\_\_\_  
RENTIER (signature)

\_\_\_\_\_  
AGENT VENDEUR (signature)

\_\_\_\_\_  
DATE

## ATTRIBUTION DE CETTE VENTE

_____ AGENT RÉALISATEUR (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 %**

**LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE WAWANESA**  
**400-200 MAIN STREET, WINNIPEG (MANITOBA) R3C 1A8**  
**SANS FRAIS : 1 800 263-6785    TÉLÉCOPIEUR : 1 888 985-3872    Courriel : [ANNUITIES@WAWANESA.COM](mailto:ANNUITIES@WAWANESA.COM)**  
**Site Web : [wawanesalife.com](http://wawanesalife.com)**

