

Formulaire de changement de client

1^{er} Souscripteur : _____
Nom de famille Prénom

No de la 1^{er} convention : _____

2^e Souscripteur : _____
Nom de famille Prénom

No de la 2^e convention : _____

<input type="checkbox"/> AJOUTER / REMPLACER UN SOUSCRIPTEUR A UNE CONVENTION				
(M./Mme./Mlle) NOM DE FAMILLE			PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE A A A A M M J J	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE		LIEN AVEC LE SOUSCRIPTEUR	
LIEN AVEC LE BÉNÉFICIAIRE		ADRESSE (numéro et nom de rue)		
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE
TÉL. CELLULAIRE		ADRESSE COURRIEL		
DOCUMENT DE VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie (lorsque la loi le permet) <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Autre : _____		NUMÉRO DE LA PIÈCE D'IDENTITÉ		PROVINCE/LIEU D'ÉMISSION
DATE D'ÉMISSION DU DOCUMENT A A A A M M J J	DATE D'EXPIRATION DU DOCUMENT A A A A M M J J	ATTESTATION DU REPRÉSENTANT EN PLANS DE BOURSES D'ÉTUDES J'atteste avoir pris connaissance du document original de vérification de l'identité et avoir vérifié l'identité et la signature du souscripteur :		INITIALES DU REPRÉSENTANT

<input type="checkbox"/> RETIRER LE SOUSCRIPTEUR SUR UNE CONVENTION	
(M./Mme./Mlle) NOM DE FAMILLE	PRÉNOM

RECONNAISSANCES
<p>En signant ci-dessous vous reconnaissez et comprenez que :</p> <p>En vertu de la Loi sur l'impôt sur le revenu (Canada) l'individu ajouté ou remplacé est un résident canadien et le conjoint, l'ex-conjoint ou le conjoint de fait du souscripteur actuel tel que requis par la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).</p> <p>En vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) le conjoint ou ex-conjoint peut remplacer le souscripteur initial en cas de rupture du mariage, si la séparation ou le divorce est reconnu par un décret, une ordonnance ou un jugement. Il est également possible de changer le souscripteur après le décès du souscripteur initial à condition que le régime ait été conclu après 1997. Dans ce cas, toute personne (y compris la succession du souscripteur décédé) qui acquiert les droits de la personne en tant que souscripteur du régime ou qui verse des cotisations au régime pour le bénéficiaire peut devenir un souscripteur.</p> <p>L'Agence du revenu du Canada a légiféré que l'un des souscripteurs d'origine doit rester comme souscripteur.</p> <p>Le récipiendaire du remboursement de l'échéance ne peut être que le(s) souscripteur(s) ou le bénéficiaire, le cas échéant, nous mettrons à jour le récipiendaire du remboursement à l'échéance afin de refléter le changement demandé.</p> <p>Le nouveau souscripteur s'engage à accepter et à être lié par les termes de la Convention d'aide aux études existante en ce qui concerne le(s) numéro(s) de convention référencé(s).</p> <p>Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire seront utilisés pour créer, gérer et fournir un service continu pour cette (ces) convention(s). Cette information peut être partagée avec : le parent ayant la garde du (des) bénéficiaire(s), les représentants en plans de bourses d'études ou de services de Embark pour étudiant, les agents ou affiliés de la Fondation, Emploi et Développement social Canada, Revenu Québec à l'égard des subventions gouvernementales, La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada à l'égard de l'assurance du régime et l'Agence du revenu du Canada comme l'exige la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada). Votre signature sur cette demande donne votre consentement à l'utilisation de cette information tel que décrit.</p> <p>Le nouveau souscripteur comprend que s'il ou elle signe cette demande à un moment où le représentant en plans de bourses d'études de Embark pour étudiant n'est pas en mesure de vérifier sa photo d'identité, et si la convention de ce régime est ensuite annulée avant qu'il ne puisse être enregistré comme un REEE auprès de l'Agence du revenu du Canada, nous procéderons à une vérification de crédit sur lui ou elle aux fins de vérification de l'identité de cet individu.</p>
AP960 02/2023

RECONNAISSANCES (suite)**Assurance**

Le nouveau souscripteur est conscient que, sauf pour les souscripteurs qui résident au Québec, l'assurance vie et invalidité est un élément obligatoire des Régimes Familiaux, et que l'assurance n'est pas disponible pour les souscripteurs âgés de plus de 65 ans. L'assurance n'est pas disponible pour les Régimes PremFlex.

Le nouveau souscripteur comprend que s'il est résident de la province de Québec, la décision du souscripteur original concernant l'option d'assurance demeure en vigueur tant que de nouvelles instructions ne nous sont fournies.

Votre (vos) signature(s) ci-dessous donne l'autorisation de faire le(s) changement(s) de souscripteur à la (les) convention(s) mentionnée(s) ci-dessus.

SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR RESTANT	DATE A A A A M M J J
SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR RETIRÉ	DATE A A A A M M J J
SIGNATURE DU NOUVEAU SOUSCRIPTEUR	DATE A A A A M M J J

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE PREMIERE DU CANADA– POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE NO 830288 (RÉGIMES FAMILIAUX SEULEMENT)

La(les) personne(s) répertoriée(s) en tant que nouveau(x) souscripteur(s) sur le FORMULAIRE DE CHANGEMENT DE CLIENT est / sont le(s) demandeur(s). La couverture de l'assurance est basée sur l'information relative aux dépôts et à la fréquence des dépôts telle qu'indiquée dans les conventions listées. La prime d'assurance de cette police collective est de 0,17 \$ par tranche de dépôt de 10 dollars au REEE.

1. Indemnité payable à la suite d'une réclamation acceptée – Assurance vie :

Si vous décédez avant l'âge de 65 ans, l'indemnité est constituée du total de tous les dépôts qui deviendraient dus après la date de votre décès, en vertu de votre barème de dépôts. Assurance invalidité si vous devenez invalide avant l'âge de 65 ans, au terme d'un délai de carence de 12 mois, l'indemnité est constituée du total des dépôts qui deviendraient dus durant votre période d'invalidité. Dans le cas d'une couverture conjointe, l'indemnité de la police d'assurance sera versée advenant le décès ou l'invalidité du premier d'entre vous.

2. Bénéficiaire :

Advenant votre décès ou votre invalidité, l'indemnité sera payable à ce régime offert par Embark pour étudiant. Cela contribuera à assurer la continuation des cotisations à ce régime d'épargne-études. Si vous souhaitez désigner un autre bénéficiaire, veuillez en aviser La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada en téléphonant au 1 877 271-8713. Vous devez savoir qu'aucune indemnité ne sera versée si le décès résulte d'une condition de santé existant préalablement et que le décès survient dans les 24 mois suivant la date où vous avez été assuré. Une condition existant préalablement signifie une condition pour laquelle vous avez reçu l'attention, la consultation, le diagnostic ou le traitement (y compris prendre des pilules, des injections ou d'autres médicaments) auprès d'un médecin ou d'un praticien dans les 12 mois avant d'être assurée. Vous recevrez un certificat qui énonce les modalités de la couverture d'assurance concernant l'admissibilité, les exclusions et les conditions de versement des prestations. Veuillez lire attentivement ce certificat.

3. En apposant votre signature ci-dessous, vous reconnaissez et comprenez que :

- Les réponses données sur ce formulaire de changement de client sont exactes et véridiques.
- La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada ses agents, ses fournisseurs de services et ses réassureurs peuvent utiliser et échanger les renseignements contenus dans cette demande aux fins de l'assurance du risque, de l'administration et du jugement des réclamations soumises en vertu du présent formulaire et de votre couverture en vertu de la police d'assurance collective no 83028.
- Embark pour étudiant peut utiliser et échanger les renseignements contenus dans la présente demande avec La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada dans le but d'administrer votre couverture en vertu de la police d'assurance collective no 83028.
- Vous autorisez Embark étudiant inc. à prélever le coût de votre prime d'assurance sur chaque dépôt tel que calculé et défini dans le prospectus de Embark pour étudiant. Le coût de la prime de cette couverture collective s'élève à 0,17 \$ par tranche de 10 dollars de dépôt admissible, les taxes de vente provinciales sont applicables en sus ; la prime est sujette à changement.
- Nul employé ou représentant de Embark étudiant inc. n'est autorisé à déroger, ajouter ou modifier quelque disposition que ce soit de cette proposition ou certificat d'assurance ou police d'assurance collective no 83028.
- Une photocopie ou une copie électronique de cette proposition sera considérée au même titre que le document original.
- Vous avez demandé que la présente proposition et tous les documents s'y rattachant soient rédigés en français. You have requested that this form and any related documents be drawn up in French.

SIGNATURE DU 1 ^{er} SOUSCRIPTEUR	DATE A A A A M M J J
SIGNATURE DU 2 ^{er} SOUSCRIPTEUR (s'il y a lieu)	DATE A A A A M M J J

UN MESSAGE DE L'ASSUREUR:

La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada nous avons à cœur la protection de votre vie privée. Tous vos renseignements personnels ainsi que les renseignements relatifs à votre ou vos contrats avec nous, sont sauvegardés dans un dossier confidentiel à nos bureaux. Nous conservons ces dossiers dans le but de vous offrir la protection d'assurance qui contribuera à réaliser vos objectifs financiers. L'accès à vos renseignements personnels est limité aux employés et aux représentants autorisés dans le cadre de l'administration et de la prestation de services de votre ou vos contrats avec nous ou à toute autre personne que vous aurez autorisée. Vous avez le droit de consulter les renseignements contenus dans votre dossier et, le cas échéant, de les corriger en nous faisant parvenir une demande écrite à cet effet. Pour en savoir davantage à propos de notre politique sur la protection de la vie privée et des renseignements personnels, visitez notre site Web www.canadianpremier.ca/fr ou téléphonez au 1 877 271 8713 et demandez qu'on vous fasse parvenir un exemplaire de notre brochure sur la Protection de la vie privée.

CONNAÎTRE VOTRE CLIENT (CVC) FORMULAIRE DE MISE À JOUR



1^{er} Souscripteur : _____ Convention no 1 : _____
Nom de famille *Prénom*

2^e Souscripteur : _____ Convention no 2 : _____
Nom de famille *Prénom*

INFORMATION SUR LE PLACEMENT

OBJECTIF DE PLACEMENT : L'objectif financier de ce placement est-il d'épargner pour les études postsecondaires du bénéficiaire ? OUI NON

HORIZON DE TEMPS : NOMBRE D'ANNÉES ESTIMÉES JUSQU'À LA PREMIÈRE ANNÉE D'ÉTUDES POSTSECONDAIRES :
Convention no 1 : Plus de 18 ans 12 à 18 ans 4 à 11 ans Moins de 4 ans
Convention no 2 : Plus de 18 ans 12 à 18 ans 4 à 11 ans Moins de 4 ans

TOLÉRANCE AU RISQUE : Faible : Le(s) souscripteur(s) recherche(nt) un faible niveau de volatilité dans ses placements et est prêt à accepter de plus faibles rendements pour une plus grande sécurité du capital.
 Moyenne : Le(s) souscripteur(s) est (sont) prêt(s) à accepter un niveau moyen de volatilité dans ses placements et est recherche dans l'ensemble un niveau moyen de croissance sur une plus longue période.
 Élevée : Le (les) souscripteur(s) est (sont) en général orienté(s) vers la croissance et est (sont) prêt(s) à accepter un degré élevé de volatilité et des fluctuations significatives à court terme de la valeur du portefeuille, en échange de rendements à long terme plus élevés. L'investisseur comprend que bien qu'il a indiqué une tolérance au risque élevée ce (ces) régime(s) est (sont) un placement à faible risque.

EXPÉRIENCE DE PLACEMENT DU 1^{er} S. : Faible Moyenne Élevée EXPÉRIENCE DE PLACEMENT DU 2^e S. : Faible Moyenne Élevée

RENSEIGNEMENTS D'EMPLOI DU SOUSCRIPTEUR

RENSEIGNEMENTS SUR LE REVENU DU 1^{er} SOUSCRIPTEUR

NOM DE L'EMPLOYEUR :

PROFESSION :

TYPE D'ACTIVITÉ :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE D'AFFAIRES : ()

ADRESSE DE L'ENTREPRISE :

RENSEIGNEMENTS SUR LE REVENU DU 2^e SOUSCRIPTEUR

NOM DE L'EMPLOYEUR :

PROFESSION :

TYPE D'ACTIVITÉ :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE D'AFFAIRES : ()

ADRESSE DE L'ENTREPRISE :

NOTES CONNAÎTRE VOTRE CLIENT :

NEVEZ-VOUS PAYER UNE GARDERIE POUR VOTRE (VOS) ENFANT(S)? SI OUI, COMBIEN PAYEZ-VOUS CHAQUE MOIS? _____

Les renseignements de ce formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués dans le but d'évaluer la convenance et l'accessibilité du régime. Ces informations seront utilisées et divulguées pour assurer le suivi du service de votre régime et peuvent être partagées avec : Les représentants en plans de bourses d'études de Embark pour étudiant et les agents des Autorités canadiennes en valeurs mobilières dans certaines circonstances. En signant ci-dessous, vous consentez à la collecte, l'utilisation et/ou la divulgation de vos renseignements personnels de la manière décrite ci-dessus.

Je/Nous confirme (confirmons) que les renseignements fournis sur ce Formulaire simplifié de mise à jour Connaître votre client sont exacts et complets.

1^{er} Souscripteur : _____ Date: _____
Signature

2^e Souscripteur : _____ Date: _____
Signature

Représentant en plans de bourses d'études : _____ Date: _____
Signature

ADMINISTRATION DE LA PREMIÈRE FINANCIÈRE DU SAVOIR

APPROUVÉ PAR : _____

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE : _____

DATE

AAAA MM JJ

PROUVÉ PAR : _____

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE : _____

DATE

AAAA MM JJ