

SECTION A – RENSEIGNEMENTS AU SUJET DU RÉGIME

Numéro de compte REEI (le régime) _____

Nom du (de la) titulaire de compte _____

Nom du (de la) bénéficiaire _____

Nom du (de la) cotitulaire de compte (le cas échéant) _____

SECTION B – TYPE DE PAIEMENT D'AIDE À L'INVALIDITÉ (PAI/PVI)

- Paiement d'aide à l'invalidité (PAI)
 Demande de PAI effectuée par le (la) bénéficiaire
 Net Brut _____ \$
- Paiement viager pour l'invalidité (PVI)
- Paiement d'aide à l'invalidité pour une année déterminée (veuillez inclure un certificat signé du (de la) médecin indiquant que l'espérance de vie du (de la) bénéficiaire est de 5 ans ou moins)

Paiement viager pour l'invalidité (PVI) : indiquer la fréquence

- Mensuelle
 Bimestrielle
 Trimestrielle
 Semestrielle
 Annuelle; date du premier versement : _____

Je comprends que, pour obtenir des paiements d'aide à l'invalidité (PAI/PVI) :

- Les remboursements à EDSC sont requis pour les subventions et bons reçus dans le régime au cours de la période de 10 ans qui précède (moins les subventions ou bons déjà remboursés).
- La valeur du régime après le PAI/PVI doit être supérieure au total des subventions et bons reçus par le régime au cours de la période de 10 ans qui précède (moins les subventions ou bons déjà remboursés).
- Lorsque les cotisations gouvernementales effectuées dans le régime excèdent les cotisations privées, les paiements maximum seront déterminés tel que prescrit par la *Loi de l'impôt sur le revenu*, Canada.
- Si PVI a été sélectionné ci-dessus, une fois initiés, les paiements doivent être payés au moins annuellement.
- Un T4A sera émis au (à la) bénéficiaire pour le montant imposable du paiement.
- L'argent reçu de ce/ces paiement(s) doit être utilisé à l'avantage exclusif du (de la) bénéficiaire de ce régime.

Pour les paiements d'aide à l'invalidité (PAI/PVI) :

- Poster le chèque à : _____
 TEF (Veuillez fournir un chèque ANNULÉ)

SECTION C – AUTORISATION RELATIVE AU PPA/DPA Lire attentivement les conditions énoncées ci-dessous avant de signer

 À : _____ ET À : Placements Mackenzie (FURNIR UNE ATTESTATION BANCAIRE) Utiliser l'information bancaire au dossier
Banque du (de la) soussigné(e)

 Cochez une seule case : Ajouter Modifier Arrêter

 A Achat ponctuel le _____ pour _____ \$
Date (JJ MM AAAA)
B Fréquence des PPA périodiques

- Hebdomadaire Mensuelle Trimestrielle Annuelle
 Aux deux semaines¹ Deux fois par mois² Aux deux mois³ Semestrielle⁴
- ¹Tous les 14 jours ²Vers le 15^e jour du mois et à la fin du mois ³Un mois sur deux ⁴Tous les six mois

Protéger les PPA contre l'inflation par une augmentation annuelle de

 _____ % ou _____ \$
 à compter du (JJ MM AAAA) → _____

 Mon premier achat doit avoir lieu le _____
Date (JJ MM AAAA)

Montant total par date de prélèvement : _____ \$

J'autorise/Nous autorisons Placements Mackenzie à effectuer des prélèvements sur mon/notre compte à la banque précitée, que ce compte demeure à la succursale indiquée ou qu'il soit transféré à une autre succursale. Je reconnais/Nous reconnaissons que j'ai/nous avons lu et conviens/convenons d'être lié(es) par les modalités relatives aux débits préautorisés (DPA) jointes à la présente demande. En signant ce formulaire, le (la) cotisant(e) consent au partage de renseignements bancaires avec le (la) titulaire de compte REEI dans le but exprès d'effectuer des cotisations régulières dans le REEI susmentionné.

X		
Signature du (de la) titulaire du compte bancaire	Nom du (de la) titulaire du compte bancaire	Date (JJ MM AAAA)
X		
Signature du (de la) cotitulaire du compte bancaire	Nom du (de la) cotitulaire du compte bancaire	Date (JJ MM AAAA)

Lorsque le (les) titulaire(s) du compte bancaire n'est (ne sont) pas le (la) titulaire du REEI, veuillez remplir et soumettre le formulaire de Consentement du titulaire de REEI à des cotisations de non titulaire.

SECTION D – CHOIX DE PLACEMENTS (Veuillez remplir - Reportez-vous à la liste des fonds Mackenzie admissibles au REEI. Les fonds seront automatiquement investis dans la série REEI équivalente (AR/PWR) si la série au détail est désignée.) Joignez le formulaire Consentement du titulaire de REEI à des cotisations de non-titulaire si le (la) titulaire du compte bancaire n'est pas le (la) titulaire du compte REEI.

Indiquer le ou les fonds à partir duquel (desquels) les paiements seront effectués ou dans lequel (lesquels) les cotisations seront versées

NUMÉRO DU FONDS	NOM DU FONDS	MONTANT (\$)	FRAIS D'ACQUISITION (%)*
MRD			
MRD			
MRD			
MRD			
MRD			
TOTAL		\$	

SECTION E – AUTORISATION DU (DE LA) TITULAIRE DU COMPTE

Nom du (de la) courtier(ère) _____ Code du (de la) courtier(ère) _____ Nom du (de la) conseiller(ère) _____ Code du (de la) conseiller(ère) _____

Signature du (de la) titulaire du compte

Date

APPOSER L'ESTAMPILLE DE CERTIFICATION DE SIGNATURE

Signature du (de la) cotitulaire du compte (le cas échéant)

Date

Signature du (de la) bénéficiaire (le cas échéant)

Date

Signature du (de la) conseiller(ère)

Date

DÉFINITIONS

« **Titulaire du compte** » désigne :

- i) une entité qui a conclu le régime auprès du fiduciaire;
- ii) une entité qui, à titre de successeur ou de cessionnaire d'une entité, a contracté le régime auprès du fiduciaire; et
- iii) le (la) bénéficiaire, s'il (elle) a droit selon les termes du régime de prendre des décisions concernant le régime, sauf dans le cas où son seul droit à cet égard consiste à ordonner que des paiements d'aide à l'invalidité soient effectués, conformément aux précisions indiquées à la section 12b).

« **Montant de retenue** » s'entend au sens qui est donné à ce terme dans le *Règlement canadien sur l'épargne-invalidité*.

« **Bénéficiaire** » s'entend de la personne désignée dans la demande par le (la) ou les titulaires du compte à qui, ou au nom de qui, des paiements viagers pour invalidité et des paiements d'aide à l'invalidité doivent être effectués.

« **Paiement d'aide à l'invalidité** » signifie toute somme provenant du régime qui est versée au (à la) bénéficiaire du régime ou à sa succession.

« **Paiements viagers pour invalidité** » désignent les paiements d'aide à l'invalidité qui, après le début de leur versement, sont payables au moins annuellement jusqu'à la date du décès du (de la) bénéficiaire ou, si elle est antérieure, à la date où le régime a pris fin.

« **Régime enregistré d'épargne-invalidité** » désigne un régime d'épargne-invalidité qui remplit les conditions énoncées à l'article 146.4 de la LIR.

« **Année déterminée** » dont il est fait mention dans la Déclaration de fiducie du REEI doit être interprétée de façon à inclure les années au cours desquelles le régime est un REID.

MODALITÉS RELATIVES AUX PPA/DPA

- a) **En signant la présente entente, vous renoncez à toute exigence de confirmation et de préavis prévue par l'article 17 de la Règle H1 de l'Association canadienne des paiements afférente aux débits préautorisés.**
- b) Vous autorisez Corporation Financière Mackenzie (Mackenzie) à porter au débit du (des) compte(s) bancaire(s) fourni(s) la (les) somme(s) indiquée(s) selon la (les) fréquence(s) demandée(s).
- c) S'il s'agit d'un placement à des fins personnelles, le débit sera considéré comme un débit préautorisé (DPA) personnel selon la définition de l'Association canadienne des paiements (ACP). S'il s'agit d'un placement à des fins commerciales, le débit sera considéré comme un DPA d'entreprise. L'argent transféré entre les membres de l'ACP sera considéré comme un DPA de transfert de fonds.
- d) Si la présente entente porte sur un DPA ponctuel, un seul DPA est autorisé. L'entente demeurera en vigueur jusqu'à ce que le DPA ponctuel soit effectué, après quoi elle prendra fin automatiquement.
- e) Vous reconnaissez que, pour ce DPA ponctuel, le payeur du DPA n'est plus valide une fois le débit traité. Toute demande subséquente de DPA exigera une nouvelle entente de DPA autorisée par le payeur.
- f) Vous possédez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à la présente entente de DPA. Par exemple, vous avez droit au remboursement d'une somme débitée sans autorisation ou de manière non conforme à la présente entente. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.paiements.ca.
- g) Vous confirmez que toutes les personnes dont la signature est nécessaire pour autoriser les opérations dans le(s) compte(s) bancaire(s) indiqué(s) ont signé la présente entente.
- h) Vous pouvez modifier ces directives ou annuler ce régime en tout temps, à condition que Mackenzie reçoive un préavis d'au moins dix (10) jours ouvrables par téléphone ou par écrit. Vous pouvez également obtenir de plus amples renseignements sur les pratiques de Mackenzie en matière de gestion des renseignements personnels, de confidentialité et de sécurité de l'information. Vous trouverez sur ce formulaire les coordonnées de Mackenzie. Pour obtenir un exemplaire du formulaire d'annulation ou pour en apprendre davantage sur vos droits d'annulation d'une entente de DPA, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site Web de l'ACP à www.paiements.ca. Vous acceptez de dégager l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'est pas respectée, sauf en cas de négligence grave par l'institution financière.
- i) Mackenzie peut mettre fin à votre entente de DPA conformément à la règle H1.
- j) Mackenzie est autorisée à accepter les modifications apportées à la présente entente par votre courtier(ère) inscrit(e) ou par votre conseiller financier ou conseillère financière conformément aux politiques de la société et aux exigences de divulgation et d'autorisation de l'ACP.
- k) Vous acceptez que les renseignements figurant dans le présent formulaire soient partagés avec l'institution financière, pour ce qui est de la divulgation des renseignements directement liés et nécessaires à la juste mise en application des règles pertinentes aux DPA.
- l) Vous reconnaissez et acceptez l'entière responsabilité des frais encourus si les débits ne peuvent être portés au compte en raison d'une insuffisance de provision ou de toute autre raison pour laquelle vous pouvez être tenu(e) responsable.

Révision : Décembre 2023