

**SECTION A - RENSEIGNEMENTS AU SUJET DU RÉGIME**

Numéro de compte REEI (le régime) \_\_\_\_\_

Nom du titulaire de compte \_\_\_\_\_

Nom du bénéficiaire \_\_\_\_\_

Nom du 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 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 médecin indiquant que l'espérance de vie du 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 bénéficiaire pour le montant imposable du paiement
- L'argent reçu de ce/ces paiement(s) doit être utilisé à l'avantage exclusif du 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 DPA/PPA - Lire attentivement les conditions énoncées ci-dessous avant de signer**

 À : \_\_\_\_\_ ET À : Placements Mackenzie (Joindre un spécimen de chèque annulé)     Veuillez arrêter mon PPA existant  
    Banque du soussigné

 Fréquence du prélevement :  Hebdomadaire     Mensuelle     Trimestrielle     Annuelle    Date \_\_\_\_\_  
     À la quinzaine<sup>1</sup>     Bimensuelle<sup>2</sup>     Bimestrielle<sup>2</sup>     Semestrielle<sup>4</sup>    Date du premier versement → JJ MMMM AAAA    Veuillez protéger mes versements dans le cadre du PPA contre l'inflation avec une augmentation annuelle de \_\_\_\_\_ %  
    <sup>1</sup>tous les 14 jours    <sup>2</sup>le 15 et à la fin du mois    <sup>3</sup>tous les deux mois    <sup>4</sup>tous les six mois

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(s) par les modalités relatives aux débits préautorisés (DPA) jointes à la présente demande. En signant ce formulaire, le cotisant consent au partage de renseignements bancaires avec le titulaire de compte REEI dans le but exprès d'effectuer des cotisations régulières dans le REEI susmentionné.

 Signature du titulaire du compte bancaire \_\_\_\_\_ Nom du titulaire du compte bancaire \_\_\_\_\_ Date JJ MMMM AAAA  
 Signature du cotitulaire du compte bancaire \_\_\_\_\_ Nom du cotitulaire du compte bancaire \_\_\_\_\_ Date JJ MMMM AAAA

Lorsque le (les) titulaire(s) du compte bancaire n'est (ne sont) pas le 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**

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 (\$)	NUMÉRO DU FONDS	NOM DU FONDS	MONTANT (\$)

**SECTION E - AUTORISATION DU TITULAIRE DU COMPTE**

Nom du courtier \_\_\_\_\_ Code du courtier \_\_\_\_\_ Nom du conseiller \_\_\_\_\_ Code du conseiller \_\_\_\_\_

Signature du titulaire du compte _____ Date JJ MMMM AAAA	APPOSER L'ESTAMPILLE DE CERTIFICATION DE SIGNATURE
Signature du cotitulaire du compte (le cas échéant) _____ Date JJ MMMM AAAA	
Signature du bénéficiaire (le cas échéant) _____ Date JJ MMMM AAAA	
Signature du conseiller _____ Date JJ MMMM AAAA	

## 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 bénéficiaire, s'il 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 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 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 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 DÉBITS PRÉAUTORISÉS

- a) **En signant la présente demande, vous renoncez à toutes exigences de préavis prévues par les alinéas 15a) et b) 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 compte bancaire fourni 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) Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à la présente convention. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec la présente convention de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).
- e) Vous confirmez que toutes les personnes dont la signature est nécessaire pour autoriser les opérations dans le compte bancaire fourni ont signé la présente convention.
- f) Vous pouvez modifier ces directives ou annuler ce régime en tout temps, à condition que Mackenzie reçoive un avis par téléphone ou par écrit dix (10) jours ouvrables avant. Pour obtenir un exemplaire du formulaire d'annulation ou pour en apprendre davantage sur vos droits d'annulation d'une convention de DPA, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site Web de l'ACP à [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). Vous acceptez de décharger l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'est pas respectée, sauf en cas de négligence grave par l'institution financière.
- g) Mackenzie est autorisée à accepter les modifications apportées au présent formulaire par mon courtier inscrit ou par mon conseiller conformément aux politiques de Mackenzie, conformément aux exigences de divulgation et d'autorisation exigées par l'ACP.
- h) Vous acceptez que les renseignements figurant dans la présente demande soient partagés avec l'institution financière, pour ce qui est de la divulgation des renseignements directement liés à et nécessaires à la juste mise en application des règles pertinentes aux débits préautorisés.
- i) Vous reconnaissez et acceptez l'entière responsabilité des frais encourus si les débits ne peuvent être portés au compte en raison d'insuffisance de provisions ou de toute autre raison pour laquelle vous pouvez être tenu responsable.

Février 2010