

Fiduciaire : Fiducie Desjardins inc.
1, Complexe Desjardins, C.P. 34, succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1E4

A-Identification du Régime

Numéro de compte

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| REE 1021002 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

B- Identification du souscripteur

Madame Monsieur

Numéro d'assurance sociale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|---------------------------------|---|---|-----------------|---|---|--|--|--|--|--|--|
| Nom et prénom | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse (1 ^{re} partie) | | | | | | | | | | Date de naissance | | | Date du contrat | | | | | | | | |
| Adresse (2 ^e partie) | | | | | | | | | | J | M | A | J | M | A | | | | | | |
| Adresse (3 ^e partie) | | | | | | | | | | Résidence | | | Bureau | | | | | | | | |
| Code postal | | | | | Numéro de téléphone | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lien de parenté avec le bénéficiaire : <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Tante/Oncle <input type="checkbox"/> Frère/Sœur <input type="checkbox"/> Pas de lien de parenté <input type="checkbox"/> Organisme | | | | | | | | | | Veuillez compléter la section D | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

C- À remplir seulement si l'époux ou le conjoint de fait est un cosouscripteur

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nom et prénom du conjoint | | | | | | | | | | Numéro d'assurance sociale | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

D- Section réservée à l'identification du parent, du tuteur ou du responsable public si aucune de ces personnes n'est souscripteur(trice) du Régime.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nom et prénom | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse (1 ^{re} partie) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse (2 ^e partie) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse (3 ^e partie) | | | | | | | | | | Code postal | | | | | | | | | |

E- Désignation du bénéficiaire

Numéro d'assurance sociale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Nom et prénom | | | | | | | | | | Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | | | | | |
| Adresse si différente de celle du souscripteur (1 ^{re} partie) | | | | | | | | | | Date de naissance | | | | | | | | | |
| Adresse (2 ^e partie) | | | | | | | | | | J | M | A | | | | | | | |
| Adresse (3 ^e partie) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom d'un établissement d'enseignement postsecondaire prescrit advenant qu'il n'y ait aucun bénéficiaire qualifié à l'échéance (obligatoire) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Je, soussigné, demande par la présente, d'adhérer au Régime d'épargne-études autogéré individuel Valeurs mobilières Desjardins Inc. (le«Régime») conformément à la déclaration de fiducie ci-attachée. J'ai lu et compris les conditions de la déclaration de fiducie et conviens d'y être lié. Je demande au promoteur Fiducie Desjardins Inc. de faire la demande d'enregistrement du Régime conformément aux dispositions de l'article 146.1 de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) ou à toute autre loi analogue dans ma province de résidence désignée ci-après (les«Lois de l'impôt»). Je comprends que Valeurs mobilières Desjardins Inc. agit à titre de Mandataire pour le compte du Promoteur.

Je déclare que je suis résident du Canada dans la province de : _____.

En conséquence, je vous confie à titre de fiduciaire un placement initial de : _____ \$.

Le Régime se termine le dernier jour de la 35^e année suivant l'année où le Régime est conclu soit le : ____/____/_____.
Cependant, le souscripteur ne peut verser aucune cotisation au Régime après la 31^e année qui suit l'établissement du Régime. Date à laquelle les cotisations doivent cesser pour ce régime : ____/____/_____.
.

COSOUSCRIPTEURS SEULEMENT

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nous, _____ et _____ de _____ | | | | | | | | | |
| _____ DÉCLARONS PAR LES PRÉSENTES que nous sommes conjoints. | | | | | | | | | |

Je déclare que les faits contenus dans la présente demande sont véridiques et je conviens d'aviser Valeurs mobilières Desjardins inc. de tout changement dans ces renseignements.

Date _____

Signature du souscripteur _____

Signature du cosouscripteur (s'il y a lieu) _____

Signature du promoteur ou de son mandataire _____

