

**ACCORD DE DPA POUR  
TRANSFERT DE FONDS**

CATÉGORIE DE DPA :  PERSONNELLE

ENTREPRISE

DÉBIT PRÉAUTORISÉ RÉPÉTITIF

DÉBIT PRÉAUTORISÉ SUR INSTRUCTIONS

RÉSERVÉ À L'USAGE DE LA SOCIÉTÉ DE GÉRANCE DES FONDS FMOQ INC.

Numéro du compte-client	Portefeuille	Date cote
_____	_____	J   J   M   M   A   A

**Objet du dossier**

Services financiers de placement, d'épargne et de crédit,  
Services fiduciaires et services complémentaires.

**IDENTIFICATION DU CLIENT**

<input type="checkbox"/> DR <input type="checkbox"/> DRE <input type="checkbox"/> SOCIÉTÉ	NOM	PRÉNOM
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> MME		
NUMÉRO CIVIQUE	RUE	APPARTEMENT/BUREAU
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
		NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE (OBLIGATOIRE)
		DATE DE NAISSANCE (OBLIGATOIRE)
		J   J   M   M   A   A

**SI LE DÉBIT PRÉAUTORISÉ EST EFFECTUÉ PAR UNE PERSONNE AUTRE QUE LE CLIENT, REMPLIR LA PARTIE CI-DESSOUS**

<input type="checkbox"/> DR <input type="checkbox"/> DRE <input type="checkbox"/> SOCIÉTÉ	NOM DU PAYEUR	PRÉNOM
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> MME		
TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	TÉLÉPHONE MOBILE	TÉLÉPHONE TRAVAIL
MÊME ADRESSE		CODE POSTAL
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON, PRÉCISEZ :		

**IDENTIFICATION DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE**

NOM DE L'INSTITUTION		
NUMÉRO INSTITUTION - TRANSIT	NUMÉRO DE COMPTE	GENRE DE COMPTE
		<input type="checkbox"/> épargne avec opérations <input type="checkbox"/> chèque <input type="checkbox"/> compte courant

**(1) DÉBIT PRÉAUTORISÉ RÉPÉTITIF**

NOM DU PORTEFEUILLE NUMÉRO DU PORTEFEUILLE	prtf _____	prtf _____	prtf _____	prtf _____
<b>Fonds FMOQ</b>				
(32) Marché monétaire				
(30) Omnibus				
(31) Placement				
(60) Revenu mensuel				
(82) Obligations canadiennes				
(90) Actions canadiennes				
(91) Actions internationales				
<b>Autre(s) et numéro du fonds :</b>				
_____				
_____				
_____				
_____				
_____				

Veuillez nous remettre un spécimen de chèque ou un chèque « encaissable » correspondant au montant total du premier débit préautorisé.

Montant total du débit autorisé : \_\_\_\_\_ \$

DATE DU 1<sup>ER</sup> DÉBIT PRÉAUTORISÉ

J | J | M | M | A | A

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> le 1 <sup>er</sup> vendredi du mois (régulier) | <input type="checkbox"/> le 1 <sup>er</sup> vendredi et le 3 <sup>e</sup> vendredi du mois (bimensuel) |
| <input type="checkbox"/> le 2 <sup>e</sup> vendredi du mois (mensuel_2) | <input type="checkbox"/> le 2 <sup>e</sup> vendredi et le 4 <sup>e</sup> vendredi du mois (bimensuel)  |
| <input type="checkbox"/> le 3 <sup>e</sup> vendredi du mois (mensuel_3) | <input type="checkbox"/> (2_semaine) <input type="checkbox"/> (2_semaine_B) à toutes les 2 semaines    |
| <input type="checkbox"/> le 4 <sup>e</sup> vendredi du mois (mensuel_4) | <input type="checkbox"/> hebdomadaire (à chaque semaine)   |

**(2) DÉBIT PRÉAUTORISÉ SUR INSTRUCTIONS (SPORADIQUE)**

\* Pour l'achat de Fonds FMOQ, veuillez nous transmettre vos instructions avant le vendredi 10 h.

Pour tout débit dont la fréquence est sporadique, une validation de mon identité sera requise et constituera l'autorisation de ma part à débiter mon compte.

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT	NUMÉRO DE PERMIS
---------------------------	------------------

**Je (nous) comprends (comprendons) et accepte (acceptons) le mécanisme de DPA décrit au verso et j'y (nous y) participe (participons).**

Signature du (des) client (s)	Signature du payeur (si différent)	Date
_____	_____	J   J   M   M   A   A

Représentant - Société de gérance des Fonds FMOQ inc.

Veuillez retourner à :

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1111, Montréal (Québec) H3G 1R8 | Téléphone : 514 868-2081 | Sans frais : 1 888 542-8597 | Télécopieur : 514 868-2088

Copie 1 : Société de gérance des Fonds FMOQ inc.

Copie 2 : Client

Je reconnais que la présente autorisation est octroyée à la société *Les Fonds d'investissement FMOQ inc.* et/ou à la *Société de gérance des Fonds FMOQ inc.* (ci-après appelées les « Sociétés ») et à la Banque Nationale du Canada et que cette autorisation est donnée en contrepartie de l'accord de mon institution financière de traiter des débits sur mon compte conformément aux règles de l'Association canadienne des paiements.

Je garantis que toutes les personnes dont les signatures sont requises pour ce compte ont signé la présente autorisation.

J'autorise les Sociétés et la Banque Nationale du Canada (ou toute autre institution financière que je pourrais autoriser à tout moment) à déduire selon mes instructions, les montants répétitifs décrits au recto et/ou des montants sporadiques pour fins d'investissement.

Les montants répétitifs seront portés au débit de mon compte selon les modalités stipulées au recto à la section (1) et les montants sporadiques selon les modalités stipulées à la section (2).

**Je renonce à recevoir des avis écrits avant l'exécution ou la modification de mes DPA.**

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que les Sociétés aient reçu de ma part un préavis de sa modification ou de sa résiliation. Ce préavis peut être signifié par écrit ou oralement et doit arriver au moins 10 jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit.

Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou plus d'information sur mon droit d'annuler un DPA du payeur en m'adressant à mon institution financière ou en visitant [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Le compte sur lequel les Sociétés sont autorisées à tirer des DPA est indiqué au recto. Un spécimen de chèque pour ce compte a été marqué « NUL » ou un premier chèque encaissable est joint à la présente autorisation.

Je m'engage à informer les Sociétés par écrit, de tout changement aux renseignements sur le compte apparaissant au recto de la présente autorisation, avant la prochaine date d'échéance du DPA.

Je reconnais que mon institution financière n'est pas tenue de vérifier si le DPA a été émis conformément aux détails de la présente autorisation de DPA notamment, mais sans limitation, en ce qui a trait au montant.

Je reconnais que mon institution financière n'est pas tenue de vérifier que l'objet du DPA a été atteint comme condition de son acceptation.

La révocation de la présente autorisation ne met pas fin et n'annule pas la transaction effectuée entre les Sociétés et moi. La présente autorisation du DPA ne s'applique qu'au mode de paiement et n'a par ailleurs aucune incidence sur la transaction convenue avec les Sociétés .

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou pour plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Je consens à ce que les renseignements personnels contenus dans la présente autorisation soient, dans la mesure où une telle communication est reliée et nécessaire à l'application de la Règle H1 de l'Association canadienne des paiements, communiqués aux membres participants dudit organisme.

Dans le cas de débits préautorisés dans un compte détenu par plus d'une personne, le texte du présent document, bien que rédigé à la première personne du singulier (je), doit être lu et compris comme s'il était rédigé à la première personne du pluriel (nous). En signant ce formulaire, les personnes concernées confirment qu'elles comprennent et acceptent la précision énoncée dans le présent paragraphe.