

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

Numéro du compte-client	Portefeuille	Date cote (JJ-MM-AAAA)
_____	_____	J J M M A A 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"/> D ^r <input type="checkbox"/> D ^{re} <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> SOCIÉTÉ	<input type="checkbox"/> OMNIPRATICIEN <input type="checkbox"/> OPTOMÉTRISTE <input type="checkbox"/> AUTRE N° DE PERMIS : _____	NOM			
	PRÉNOM		LANGUE DE CORRESPONDANCE		
	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE (OBLIGATOIRE)		DATE DE NAISSANCE (OBLIGATOIRE) JJ-MM-AAAA		
	NUMÉRO	RUE	APP/BUREAU		
	VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL	

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

<input type="checkbox"/> D ^r <input type="checkbox"/> D ^{re} <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> SOCIÉTÉ	<input type="checkbox"/> OMNIPRATICIEN <input type="checkbox"/> OPTOMÉTRISTE <input type="checkbox"/> AUTRE N° DE PERMIS : _____	NOM DU PAYEUR			
	PRÉNOM				
	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	TÉLÉPHONE BUREAU	TÉLÉPHONE MOBILE		
	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	portefeuille		J'accepte de ne pas recevoir d'Avis de transactions répétitives, à l'exception du premier Avis de transactions découlant de l'établissement d'un accord de débit préautorisé. De plus, j'ai été informé que je ne recevrai pas d'aperçu du Fonds relativement à un Fonds acquis en vertu d'un tel accord de débit préautorisé, outre celui qui me sera remis lors de la signature de l'accord, et ce, en autant que les conditions suivantes soient respectées : - si j'en fais spécifiquement la demande, je peux obtenir sans frais le dernier aperçu du Fonds déposé, en composant le 514 868-2081 ou, sans frais, le 1 888 542-8597, ou en écrivant au 3500, boul. De Maisonneuve Ouest, bureau 1900, Westmount (Québec) H3Z 3C1 ou par courriel à info@fondsfmoq.com, ou en consultant les sites Internet www.fondsfmoq.com ou www.sedar.com; - je ne bénéficierai pas d'un droit de résolution en vertu de la législation en valeurs mobilières relativement aux souscriptions ultérieures des titres d'un Fonds acquis en vertu d'un accord de débit préautorisé, mais je conserverai un droit d'action si le prospectus ou tout autre document qui y est intégré par renvoi contient de l'information fautive ou trompeuse; - je pourrai mettre fin à cet accord en tout temps.
	_____	_____	
Fonds FMOQ			
Monétaire (32)			
Équilibré conservateur (40)			
Omnibus (30)			
Placement (31)			
Revenu mensuel (60)			
Obligations canadiennes (82)			
Actions canadiennes (90)			
Actions internationales (91)			
Omniresponsable (93)			
Autre(s) et numéro du fonds :			
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^{ER} DÉBIT PRÉAUTORISÉ	J J M M A A A A		
⁽¹⁾ S'il ne s'agit pas d'un jour ouvrable, la transaction est reportée au jour ouvrable suivant.	Calendrier	Lundi ⁽¹⁾ Mardi ⁽¹⁾ Mercredi ⁽¹⁾ Judi ⁽¹⁾ Vendredi ⁽¹⁾	
	Hebdomadaire	<input type="checkbox"/>	
	Bimensuel (à chaque deux semaines)	<input type="checkbox"/>	
	Bimensuel (1 ^{re} et 3 ^e semaine)	<input type="checkbox"/>	
	Bimensuel (2 ^e et 4 ^e semaine)	<input type="checkbox"/>	
	Mensuel (1 ^{re} semaine)	<input type="checkbox"/>	
Mensuel (2 ^e semaine)	<input type="checkbox"/>		
Mensuel (3 ^e semaine)	<input type="checkbox"/>		
Mensuel (4 ^e semaine)	<input type="checkbox"/>		
Date fixe	Le _____ de chaque mois ⁽¹⁾		

(2) DÉBIT PRÉAUTORISÉ SUR INSTRUCTIONS (SPORADIQUE)

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.

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

SIGNATURE DU CLIENT	SIGNATURE DU PAYEUR (SI DIFFÉRENT)	DATE
_____	_____	J J M M A A A A
SIGNATURE DU REPRÉSENTANT		NUMÉRO DE PERMIS
_____		_____

Je reconnais que la présente autorisation est octroyée à *Conseil et Investissement Fonds FMOQ inc.* et/ou à *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.

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.

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.