

CATÉGORIE DE DPA : PERSONNELLE
 ENTREPRISE
 DÉBIT PRÉAUTORISÉ RÉPÉTITIF (1)
 DÉBIT PRÉAUTORISÉ SUR INSTRUCTIONS (2)

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

Numéro du compte-client	Portefeuille	Date cote
_____	_____	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 PARTICIPANT

<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 <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS	
		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 PARTICIPANT, 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 : RVER	NOM DU PORTEFEUILLE : RVER
NUMÉRO DU PORTEFEUILLE : _____	NUMÉRO DU PORTEFEUILLE : _____

OPTIONS DE PLACEMENT POUR LES PARTICIPANTS

<input type="checkbox"/> Option par défaut avec approche « cycle de vie » Afin de respecter l'approche « cycle de vie » de l'option de placement par défaut, les titres du Fonds FMOQ acquis par un participant lui sont attribués selon son âge et automatiquement échangés contre des titres d'un autre Fonds FMOQ au fur et à mesure qu'il change de tranche d'âge. Participant âgé de 18 à 35 ans : Fonds de placement FMOQ Participant âgé de 36 à 55 ans : Fonds omnibus FMOQ Participant âgé de 56 ans et plus : Fonds équilibré conservateur FMOQ	<input type="checkbox"/> Autres options Afin d'appliquer et de respecter l'ensemble des lois et règlements régissant le commerce des valeurs mobilières, vous devez prendre contact avec un conseiller des Fonds FMOQ aux numéros apparaissant au bas du formulaire puisque conseils et documents à compléter sont requis par l'Autorité des marchés financiers (AMF).
--	--

Montant total du débit autorisé : _____ \$

DATE DU 1^{ER} DÉBIT PRÉAUTORISÉ : J J | M M | A A A A

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> le 1 ^{er} vendredi du mois (régulier) | <input type="checkbox"/> le 1 ^{er} vendredi et le 3 ^e vendredi du mois (bimensuel) |
| <input type="checkbox"/> le 2 ^e vendredi du mois (mensuel_2) | <input type="checkbox"/> le 2 ^e vendredi et le 4 ^e vendredi du mois (bimensuel) |
| <input type="checkbox"/> le 3 ^e vendredi du mois (mensuel_3) | <input type="checkbox"/> à toutes les 2 semaines |
| <input type="checkbox"/> le 4 ^e 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.
--	--

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 participant	Signature du payeur (si différent du participant)	Date
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.