

Profil de l'entreprise – programme d'épargne collectif

Veuillez remplir toutes les sections

1. Renseignements sur l'employeur

Nom de la société _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Personne-ressource du service de la paie _____

Fonction _____

Téléphone _____ Poste _____

Genre d'entreprise _____

Nombre prévu de participants _____

À l'usage exclusif de l'administration

No du programme collectif _____

Correspondance en anglais en français

Adresse de courriel _____

Télécopie _____

Nombre d'établissements _____

Nombre d'employés admissibles _____

2. Spécifications du programme

Genre de régime REER REER de conjoint au comptant CELI REEE CELIAPP Compte de retraite immobilisé*

Fréquence de cotisations Hebdomadaire Toutes les deux semaines Mensuelle Tous les deux mois
 Trimestrielle Semestrielle Annuelle Autre _____

Provenance des cotisations Employé (par défaut) Employeur Les deux Volontaire

Type de cotisation Copie papier comprend : Transfert électronique ou Chèque
 Versement en ligne (à AGF.com) avec transfert électronique

Restrictions relatives au rachat Aucune Aviser l'employeur Exige l'autorisation de l'employeur

Instructions spéciales _____

Relevé de cotisation Accessible en ligne sur le site AGF.com

* Transferts seulement. Aucune nouvelle cotisation n'est acceptée.

3. Renseignements sur le conseiller en placements

Nom de famille _____ Prénom _____

Téléphone _____ Poste _____ Télécopie _____

Firme _____ Numéro de courtier _____ Numéro du rep. _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____ Correspondance en anglais en français

4. Entente

L'employeur susmentionné accepte d'établir un programme d'épargne collectif d'AGF, conformément aux directives du présent formulaire. Les employés achèteront des parts de fonds de Placements AGF Inc. selon des frais de vente convenus par l'employeur et le conseiller en placements.

X _____
Signataire autorisé de l'employeur

X _____
Signature du conseiller

Nom (en majuscules)

A A A A M M J J

Date