

# 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