

Régime d'épargne-études autogéré (individuel)

1. Renseignements sur le souscripteur

Les nom et prénom ainsi que le numéro d'assurance sociale sont des champs obligatoires.

Prénom	Initiales	Nom de famille	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse		Appartement	Ville
Province	Code postal	Date de naissance JJ-MM-AAAA	Numéro d'assurance sociale
Profession	Numéro de téléphone du domicile		Numéro de téléphone au bureau

Renseignements sur le cosouscripteur (époux ou conjoint de fait)

Prénom	Initiales	Nom de famille	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance JJ-MM-AAAA	Numéro d'assurance sociale	Numéro de téléphone	

Même adresse que ci-dessus, OU

Adresse		Appartement
Ville	Province	Code postal

2. Désignation de bénéficiaire (obligatoire)

Veillez indiquer le nom et l'adresse du parent gardien, du tuteur ou du responsable public pour tout bénéficiaire âgé de moins de 19 ans.

Les régimes individuels ne peuvent avoir qu'un seul bénéficiaire, dont le souscripteur ou l'époux ou le conjoint de fait du souscripteur. Il est important que le nom et le numéro d'assurance sociale du bénéficiaire soient indiqués ci-dessous exactement comme ils figurent sur sa carte d'assurance sociale. En cas d'erreurs ou d'omissions, EDSC ne pourra verser de subventions.

Bénéficiaire

Prénom	Initiales	Nom de famille	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Lien de parenté avec le souscripteur	Date de naissance JJ-MM-AAAA	Numéro d'assurance sociale (obligatoire)	% d'attribution

Même adresse que le souscripteur (Remarque: Si l'adresse est différente, veuillez remplir les champs suivants.)

Nom du parent/tuteur/responsable public (si le bénéficiaire est âgé de moins de 19 ans)		NAS du parent/tuteur (obligatoire)
Adresse		Appartement
Ville	Province	Code postal

3. Demande de subvention

Afin de pouvoir demander des subventions du gouvernement, le présent régime d'épargne-études doit être enregistré auprès de l'Agence du revenu du Canada et le souscripteur doit soumettre à Services de Compensation Fidelity Canada s.r.i les formulaires du gouvernement applicables dûment remplis.

Le manquement à l'obligation de fournir ces documents en vertu de la législation fiscale applicable et du règlement sur les subventions applicable peut engendrer un retard de paiement ou un non-paiement.

Je ne souhaite pas participer à un programme de subventions.

4. Établissement d'enseignement agréé (obligatoire)

Si aucun bénéficiaire ou aucune autre personne n'a le droit de recevoir des paiements dans le cadre du régime, l'établissement d'enseignement agréé ci-dessous recevra la partie correspondant aux revenus nets accumulés dans le cadre du régime.

Nom de l'établissement	Ville	Province

5. Date de cessation

Je confirme/nous confirmons qu'aucune cotisation ne peut être versée au régime par moi/nous ou pour mon/notre compte après la 31^e année suivant celle de l'entrée en vigueur du régime ou la 35^e année suivant celle de l'entrée en vigueur du régime dans le cas des régimes déterminés.

Date de la dernière cotisation
31 décembre

La date de cessation doit tomber au plus tard le dernier jour de la 35^e année suivant celle de l'entrée en vigueur du régime ou de la 40^e année suivant celle de l'entrée en vigueur du régime dans le cas des régimes déterminés.

Date de cessation du régime
31 décembre

6. Signature du souscripteur

Je fais/nous faisons par la présente une demande d'ouverture d'un Services de Compensation Fidelity Canada s.r.i. Régime D'épargne-Études Autogéré – Régime Individuel, tel qu'indiqué ci-dessus. Je demande/nous demandons à Services de Compensation Fidelity Canada s.r.i d'enregistrer ce régime en vertu de la législation fiscale applicable et je comprends/nous comprenons que les prestations reçues du régime peuvent être assujetties à l'impôt. **Je reconnais/nous reconnaissons que les cotisations excédant les montants autorisés en vertu de la législation fiscale applicable pourront entraîner un impôt de pénalité.** Je certifie/nous certifions que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et j'accepte/nous acceptons de fournir tout renseignement supplémentaire requis pour l'enregistrement et l'administration du régime. J'ai/nous avons reçu, lu et accepté les conditions de la présente.

Fait le: JJ-MM-AAAA

Signature du souscripteur


Signature du cosouscripteur


7. Acceptation par le fiduciaire du promoteur

Signature


Accepté au nom de Compagnie Trust TSX par son promoteur, et Services de Compensation Fidelity Canada s.r.i