

NOM DU RÉGIME (REQUIS)

NUMÉRO D'ÉVÉNEMENT (REQUIS)	NUMÉRO DE COMPTE DE PROVISIONNEMENT (REQUIS)	<input type="checkbox"/> Nouveau	<input type="checkbox"/> Modification
Nom du bénéficiaire : _____		<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme
	(NOM DE FAMILLE) (PRÉNOM)		
Numéro d'assurance sociale : _____	Numéro d'employé/Numéro d'identification du client : _____	LANGUE DE COMMUNICATION	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____	Date du départ à la retraite (JJ/MM/AAAA) : _____	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Français
Adresse municipale : _____		TYPE DE BÉNÉFICIAIRE (VERSEMENT)	
		<input type="checkbox"/> Régulier	
		<input type="checkbox"/> Bénéficiaire*	
		<input type="checkbox"/> Conjoint*	
		<input type="checkbox"/> Autre	
Ville : _____		* NAS DU DÉFUNT REQUIS	
Province/Pays : _____			
Code postal/zip : _____			
MODE DE PAIEMENT	<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Virement automatique	PRESTATION DENTAIRE (CODE 1-5)	_____
			* DATE DU DÉCÈS (AA/MM/AAAA)

IMPORTANT : Pour le dépôt direct, veuillez joindre un spécimen de chèque personnalisé portant la mention « ANNULÉ ». Si un chèque portant la mention « ANNULÉ » n'est pas disponible, veuillez fournir le codage à l'encre magnétique (MICR) de la banque avec votre signature.

TYPE DE RÉGIME DE RETRAITE (VEUILLEZ PRÉCISER. P. EX., PRESTATIONS DE BASE, PRESTATION DE RACCORDEMENT)		Date du dernier versement (JJ/MM/AAAA)
	Date de début (JJ/MM/AAAA)	Montant (JUSQU'À CETTE DATE INCLUSIVEMENT)
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

MONTANT DE LA RETENUE (AU BESOIN)		Date de fin (JJ/MM/AAAA)
Type (AVEC LE CODE DE LA RETENUE)	Date de début (JJ/MM/AAAA)	Montant (JUSQU'À CETTE DATE INCLUSIVEMENT)
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

AVANTAGES IMPOSABLES MENSUELS			
Type	Montant	Type	Montant
Féd. 1	\$ _____	Impôt fédéral additionnel :	\$ _____
Féd. 2	\$ _____	Impôt provincial additionnel :	\$ _____
Féd. 3	\$ _____		
Prov. 1	\$ _____	Crédit d'impôt fédéral (joindre le formulaire TD1 signé)	
Prov. 2	\$ _____	Crédit d'impôt provincial (joindre le formulaire TD1/TP-1015.3 pour le Québec)	

COMMENTAIRES

IMPORTANT : Une ou deux signatures, selon ce qui est exigé dans le libellé du régime.

ATTESTATION : Voici votre autorisation d'effectuer des versements à partir des fonds susmentionnés. J'atteste par la présente que cette autorisation est entièrement conforme aux conditions du Certificat des signataires autorisés au dossier.

SIGNATAIRE AUTORISÉ	SIGNATAIRE AUTORISÉ
_____	_____
(SIGNATURE)	(SIGNATURE)

DATE (JJ/MM/AAAA)	(NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	DATE (JJ/MM/AAAA)	(NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)
_____	_____	_____	_____

Veuillez retourner la formule à : **RBC Services aux investisseurs, Versement des prestations**
1, Place Ville Marie, 5e étage, aile Est, Montréal (Québec) H3C 3A9

