



Régime de pension agréé de la Société canadienne des postes
AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT

ARC¹ : n° 1063874; BSIF² : n° 57136

Ce formulaire est pour autoriser le dépôt direct de vos prestations de retraite mensuelles, du Régime de pension agréé de la Société canadienne des postes (le Régime) dans votre compte de banque/institution financière. Il est obligatoire de compléter ce formulaire pour que vos prestations de retraite puissent être déposées directement dans votre compte; sinon, les paiements seront faits par chèque.

1. Renseignements sur le participant du Régime (à être rempli par vous)

Nom de famille	Prénom	Numéro d'employé(e)
Adresse municipale		
Ville	Province	Code postal

2. Renseignements relatifs au dépôt direct (à être rempli par vous et votre banque/institution financière, si applicable)

Veillez cocher (✓) l'une des cases ci-dessous pour confirmer de quelle façon vous fournissez les renseignements requis sur votre compte de banque/institution financière :

- J'ai joint à la présente un chèque personnel annulé
OU
- J'ai joint à la présente le formulaire de ma banque/institution financière qui comprend les renseignements sur mon compte (si cela s'applique à vous, le présent formulaire *Autorisation de dépôt direct* doit **aussi** être rempli, à l'exception du tableau ci-dessous, et être retourné au Centre du régime de retraite accompagné du formulaire de votre banque/institution financière)
OU
- Ma banque/institution financière a fourni tous les renseignements sur mon compte dans le tableau ci-dessous (ce tableau n'a **pas** à être rempli si vous avez joint à la présente un chèque personnel annulé ou un formulaire de votre banque/institution financière comprenant les renseignements sur votre compte)

Nom du titulaire du compte	Tampon de la banque/institution financière						
Numéro de l'institution (3 chiffres)				Numéro de la succursale (5 chiffres)			
Numéro du compte (maximum de 12 chiffres – sans espace ni trait d'union)							
Nom de la banque/institution financière							
Adresse postale de la banque/institution financière		/	Ville	/	Province	/	Code postal
Nom du représentant de la banque/institution financière (en lettres moulées)							
Signature du représentant de la banque/institution financière					Date (MM/JJ/AAAA)		

¹ - Agence du revenu du Canada

² - Bureau du surintendant des institutions financières

3. Autorisation et signature (à être rempli par vous)

À l'attention de : Fiducie RBC Services aux Investisseurs (dépositaire pour le Régime)

Je demande que vous m'inscriviez à votre Service de dépôt direct (le Service) pour les paiements de prestation de retraite faits à mon nom au titre du Régime. Vous êtes par la présente autorisé à déposer directement dans mon compte à la succursale de la banque ou institution financière indiquée à la section 2 ci-dessus, tous les montants qui me sont payables en vertu du Régime. Je comprends que je recevrai un relevé de dépôt, ou AVIS DE DÉPÔT DIRECT, pour mon premier versement, à la fin de chaque année civile et lors de tout changement apporté au montant net de mes paiements.

Je comprends que tous les paiements effectués par le Service sont transmis aux banques/institutions financières le dernier jour ouvrable du mois. Dépendant de ma banque/institution financière, il pourrait y avoir un délai avant que les fonds soient déposés dans mon compte.

Je comprends aussi que, même si aucun montant ne m'est payable après mon décès au titre du Régime, il est possible que des dépôts directs continuent de se faire régulièrement dans mon compte après mon décès, jusqu'à ce que vous puissiez résilier mon inscription au Service. En considération de mon inscription à votre Service tel qu'indiqué ci-dessus, je consens à ce que toutes les sommes déposées après mon décès à mon compte susmentionné soient détenues en fiducie par ma succession pour vous être remboursées immédiatement. Cette disposition ne s'applique qu'aux montants payés par erreur après mon décès et n'a aucune incidence sur les prestations de survivant prévues par le Régime.

Signature du participant

Date (MM/JJ/AAAA)

Nom du témoin

Date (MM/JJ/AAAA)

Signature du témoin

**Veillez retourner ce formulaire rempli et signé devant témoin au: Centre du régime de retraite de Postes Canada
CP 9104 Stn Main
Concord ON L4K 0R3**

Renseignements sur le compte du participant (Nota : cette section est pour **usage interne seulement** et doit être remplie par Fiducie RBC Services aux Investisseurs.)

Régime de pension agréé de la Société canadienne des postes
Nom du régime de retraite

Numéro de compte