

En lettres moulées s.v.p.

### 1. Renseignements sur le client

Nom de famille du client ou nom de l'organisme	Prénom	Numéro d'assurance sociale	Numéro de Client
Nom de famille du cosouscripteur	Prénom	Numéro d'assurance sociale	Numéro de Client

### 2. Transfert/Échange de parts

DU Numéro du régime* (s'il s'agit d'un régime en vigueur)	Numéro du fonds du marché monétaire **	AU Numéro du régime* (s'il s'agit d'un régime en vigueur)	Nom du fonds	Numéro du fonds**	Montant – Chacun des dépôts doit être d'un minimum de 50 \$
					\$
					\$
					\$
					\$
Total des dépôts mensuels – Minimum de 500 \$					\$

\* S'il s'agit d'un (de) nouveau(x) régime(s), veuillez joindre la Proposition de contrat applicable dûment remplie.

\*\* Afin d'être admissibles aux Dépôts périodiques par sommes fixes payées d'avance, tous les fonds, y compris le fonds du marché monétaire, doivent être du même type de produit et doivent comporter la même structure de frais. Le fonds du marché monétaire est assujetti à un dépôt minimal de 5 000 \$.

### 3. Entente, instructions et attestations

Je comprends (Nous comprenons) que le transfert ou l'échange de parts sera effectué le 17<sup>e</sup> jour de chaque mois (le «jour de transaction»), ou le jour ouvrable précédent s'il ne s'agit pas d'un jour ouvrable, et ce, à partir du prochain mois civil.

Je comprends (Nous comprenons) que le dernier retrait de mon (notre) compte DSF FPG - Marché monétaire aura lieu le jour de transaction où le solde de ce compte sera égal ou inférieur au total des dépôts mensuels indiqué ci-dessus. Je demande (Nous demandons) que ce solde serve à déposer au prorata des parts du ou des fonds susmentionnés et que mon (notre) compte DSF FPG - Marché monétaire soit ensuite fermé.

Je reconnaissais (Nous reconnaissions) que la présente entente peut être annulée ou modifiée en tout temps à ma (notre) demande écrite à Desjardins Sécurité financière.

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du client

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du témoin

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du cosouscripteur

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire irrévocable  
(requise si un bénéficiaire irrévocable a été désigné) \_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

### 4. Renseignements sur le conseiller

Nom du courtier (fournisseur de services)

Code du courtier \_\_\_\_\_  
Succursale \_\_\_\_\_

Certification de la ou des signatures : La ou les signatures doivent être certifiées par un dirigeant autorisé d'une banque à charte canadienne ou d'une société de fiducie, par un courtier en valeurs mobilières ou par un représentant autorisé.

Nom du conseiller ou stagiaire  
(Le terme stagiaire ne s'applique qu'au Québec)

Code du conseiller \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
Signature(s) certifiée(s) par \_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du conseiller ou stagiaire

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du maître de stage (Québec seulement)

Nom du maître de stage (Québec seulement)