



# Mise à jour des renseignements non financiers relatifs au compte

Services aux courtiers Agora

6285 Northam Drive, Suite 100, Mississauga, ON L4V 1X5

Sans frais d'appel : 1-855-GO-AGORA (462-4672)

Télécopieur commercial : 1-888-642-4312

COCHEZ TOUTES LES CASES QUI S'APPLIQUENT :  CHANGEMENT D'ADRESSE OU DE COURRIEL  CHANGEMENT DE NOM  CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE

PRÉNOM DU CLIENT	NOM DU CLIENT	NUMÉRO DE COMPTE D'AGORA
NOM DU COURTIER	NOM DU CONSEILLER	CODE DU COURTIER OU DU REPRÉSENTANT

## 2. ADRESSE DU CLIENT (Inscrivez la NOUVELLE adresse ci-dessous)

ADRESSE DE LA RÉSIDENCE (obligatoire)	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
ADRESSE POSTALE (obligatoire si elle diffère de l'adresse de résidence permanente)	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE À LA MAISON	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL	COURRIEL	
SIGNATURE DU CLIENT	DATE (AAAA-MM-JJ)	SIGNATURE DU COTITULAIRE	DATE (AAAA-MM-JJ)

## 3. MODIFICATION DE LA DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Sous réserve des lois applicables, je désigne la ou les personnes nommées ci-dessous comme bénéficiaire(s) d'un pourcentage, indiqué ci-après, de toute prestation payable au titre de mon régime à mon décès. Si mon ou mes bénéficiaires désignés décèdent avant moi et qu'aucun autre bénéficiaire n'a été désigné, le versement sera fait à ma succession.

Je comprends qu'en l'absence d'une renonciation dans le cas d'un régime immobilisé (s'il y a lieu), mon conjoint survivant peut être en droit de recevoir une prestation de survivant en vertu de la loi sur les pensions. De plus, la désignation de tout autre bénéficiaire en vertu d'un régime immobilisé sera alors révoquée.

Services aux courtiers Agora (SACA) dispose d'un délai de 60 jours pour demander par écrit des renseignements additionnels au courtier ou au conseiller.

Je soussigné et le rentier du régime de retraite autogéré de SACA indiqué ci-dessous révoquons par la présente toute désignation de bénéficiaire que j'ai fait antérieurement en vertu du régime et désignons la ou les personnes nommées ci-après comme bénéficiaire(s) de toutes les prestations au titre du régime.

NOM DU BÉNÉFICIAIRE	LIEN	NAS	POURCENTAGE
Je comprends que cette désignation peut être modifiée ou révoquée par écrit uniquement par moi et qu'elle prendra effet uniquement quand SACA aura accusé réception de la modification ou de la révocation.			DOIT TOTALISER 100 %

SIGNATURE DU CLIENT	DATE (AAAA-MM-JJ)
---------------------	-------------------

## 4. CHANGEMENT DE NOM DU CLIENT

VEUILLEZ MODIFIER LE NOM QUI APPARAÎT SUR MON COMPTE RAISON DU CHANGEMENT DE NOM :  MARIAGE  DIVORCE  AUTRE

ANCIEN NOM :  M.  MME

PRÉNOM	SECOND PRÉNOM	NOM	SIGNATURE ACTUELLE
--------	---------------	-----	--------------------

NOUVEAU NOM :  M.  MME

PRÉNOM	SECOND PRÉNOM	NOM	NOUVELLE SIGNATURE
--------	---------------	-----	--------------------

### AUTRES DOCUMENTS EXIGÉS

CERTIFICAT DE MARIAGE OU DE DIVORCE, OU CERTIFICAT DE NAISSANCE (LE NOM DOIT CORRESPONDRE À CELUI DU CERTIFICAT DE NAISSANCE) / DOCUMENTS LÉGAUX ATTESTANT DU CHANGEMENT DE NOM DÉLIVRÉS PAR LE GOUVERNEMENT

## 5. AUTORISATION DU COURTIER OU DU CONSEILLER

SIGNATURE DU CONSEILLER	DATE (AAAA-MM-JJ)	AUTORISATION DU COURTIER (OBLIGATOIRE)	DATE (AAAA-MM-JJ)
-------------------------	-------------------	----------------------------------------	-------------------