



Administration des fonds de placement
et des fonds garantis

Télécopieur : (514) 286-7876 ou 1 800 263-7876

Nom de la caisse	Transit	N° de compte
Nom du conseiller	Téléphone	
Date		

IMMATRICULATION

RENTIER CONJOINT COTISANT

À remplir pour
les REE seulement →

BÉNÉFICIAIRE SOUSCRIPTEUR

DONNÉES ACTUELLES

Mme M. Nom

Prénom

Date de naissance

Numéro d'assurance sociale (obligatoire)

NOUVELLES DONNÉES

Mme M. Nom

Prénom

Date de naissance

Numéro d'assurance sociale (obligatoire)

Vous devez fournir une copie de la CARTE D'ASSURANCE SOCIALE pour assurer le traitement de votre demande.

ADRESSE

RENTIER CONJOINT COTISANT

À remplir pour
les REE seulement →

BÉNÉFICIAIRE SOUSCRIPTEUR

DONNÉES ACTUELLES

Mme M. Nom

Prénom

Adresse

Téléphone – domicile () ()

Téléphone – travail () ()

Numéro d'assurance sociale (obligatoire)

NOUVELLES DONNÉES

Mme M. Nom

Prénom

Adresse

Téléphone – domicile () ()

Téléphone – travail () ()

Numéro d'assurance sociale (obligatoire)

Une confirmation écrite du membre est requise lors d'un changement du statut de résidence

RÉSERVÉ À LA FIDUCIE DESJARDINS INC.

NHRDC enlevé | Transactions à représenter | Fait par _____ | Date _____