

DEMANDE D'ACHAT DES ACTIONS PAR FONDATION LORS D'UNE DIMINUTION DES REVENUS AVANT IMPÔT DE 30% OU PLUS DE L'ACTIONNAIRE OU DE SON (SA) CONJOINT(E) CAUSÉE PAR UNE INVALIDITÉ TEMPORAIRE

(ACTIONS DE CATÉGORIE A - SÉRIE 1 - COMPTE ENREGISTRÉ OU SÉRIE 2 - COMPTE NON ENREGISTRÉ)

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'ACTIONNAIRE

ACTIONNAIRE	DIMINUTION DES REVENUS
NOM ET PRÉNOM :	<input type="checkbox"/> ACTIONNAIRE
DATE DE NAISSANCE (année/mois/jour) :	<input type="checkbox"/> CONJOINT(E)
ADRESSE :	SI CONJOINT(E) DE L'ACTIONNAIRE
TÉLÉPHONE :	NOM ET PRÉNOM : _____
COURRIEL :	DATE DE LA DIMINUTION DES REVENUS
NUMÉRO D'ADHÉSION :	A . A . A . A M . M J . J

SECTION 2 : ACHAT

NOMBRE D'ACTIONS	Je demande à Fondation d'acheter (le montant ne pouvant excéder 5 000 \$ après retenues fiscales ou la totalité du compte si cette valeur est inférieure à 10 000 \$) : <input type="checkbox"/> toutes mes actions détenues avant la diminution des revenus, OU <input type="checkbox"/> un nombre suffisant de mes actions détenues avant la diminution des revenus pour un montant AVANT retenues fiscales de _____ \$, OU <input type="checkbox"/> un nombre suffisant de mes actions détenues avant la diminution des revenus pour un montant APRÈS retenues fiscales de _____ \$
-------------------------	--

SECTION 3 : DOCUMENTS REQUIS

DOCUMENTS À FOURNIR	Je joins à la demande tous les documents obligatoires suivants (joindre aussi les mêmes documents pour votre conjoint(e), s'il s'agit d'une diminution de ses revenus) <input type="checkbox"/> Document confirmant la date de début de l'invalidité (certificat médical, confirmation de l'employeur ou de l'assureur) <input type="checkbox"/> Certificat médical confirmant que l'invalidité perdure au moment de présenter la demande de rachat (période minimale de deux mois consécutifs) <input type="checkbox"/> Preuve des revenus de toute provenance avant impôt AVANT l'événement <input type="checkbox"/> Preuve des revenus de toute provenance avant impôt pour les deux (2) derniers mois <input type="checkbox"/> Déclaration(s) solennelle(s) de toutes mes institutions financières <input type="checkbox"/> Consentement à l'utilisation et à la divulgation de renseignements
----------------------------	--

SECTION 4 : MODE DE PAIEMENT

PAIEMENT	Je demande à Fondation : <input type="checkbox"/> de procéder à un dépôt direct sur mon compte à mon institution financière <i>(joindre un spécimen de chèque personnalisé portant la mention "NUL")</i> Nom de l'institution : _____ <input type="checkbox"/> d'émettre un chèque à mon attention et le poster à l'adresse ci-dessus
-----------------	--

SECTION 5 : DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je déclare solennellement que la diminution de mon revenu perdue depuis deux (2) mois et que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets. Je déclare également que tous mes placements, et ceux de mon (ma) conjoint(e) le cas échéant, incluant les REER et les CRI ont été encaissés ou qu'ils ne sont pas encaissables.

Je comprends que je ne pourrai pas acquérir de nouvelles actions pour un délai de un an à partir de la date de cette demande.

Si compte enregistré (actions de catégorie A - série 1)

Je reconnais que les sommes payables en contrepartie de l'achat de mes actions s'ajoutent à mon revenu imposable ou à celui de mon (ma) conjoint(e) le cas échéant et que Fondation devra par ailleurs effectuer sur ces sommes les retenues fiscales prévues par la loi.

Si compte non-enregistré (actions de catégorie A - série 2)

Je reconnais que les sommes payables en contrepartie de l'achat de mes actions peuvent générer un gain ou une perte en capital qui doit être pris en compte et s'ajouter ou réduire mon revenu imposable.

SIGNATURE (S)**Signature de l'actionnaire****Date** (année/mois/jour)

X _____

| A . A . A . A | M . M | J . J |

Signature du conjoint ou de la conjointe de l'actionnaire (le cas échéant)**Date** (année/mois/jour)

X _____

| A . A . A . A | M . M | J . J |

SVP, imprimez le formulaire, signez-le et renvoyez-le par la poste par la suite ou encore, numérisez-le et envoyez-le par courriel.

**DEMANDE D'ACHAT DES ACTIONS PAR FONDATION
 CONSENTEMENT À L'UTILISATION ET À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS**

ACTIONNAIRE	CONJOINT(E) DE L'ACTIONNAIRE
NOM ET PRÉNOM :	NOM ET PRÉNOM : _____ ADRESSE : _____
ADRESSE :	
NUMÉRO D'ADHÉSION :	

CONSENTEMENT

Je consens à ce que Fondation recueille auprès de toute personne concernée les renseignements nécessaires à l'évaluation de ma demande d'achat de mes actions.

Je consens à ce que la personne contactée communique de tels renseignements à Fondation, cela étant valable même si les renseignements concernent un dossier fermé ou inactif. Je consens à ce que Fondation communique à tout prêteur, agent de renseignements personnels, coemprunteur ou caution éventuelle les renseignements qu'elle jugera appropriés concernant la présente demande d'achat mentionnée ci-dessus.

SIGNATURE DE L'ACTIONNAIRE	
Signature	Date (année/mois/jour)
X _____	A . A . A . A M . M J . J

SIGNATURE DU CONJOINT OU DE LA CONJOINTE ⁽¹⁾	
Signature	Date (année/mois/jour)
X _____	A . A . A . A M . M J . J

⁽¹⁾ Si la situation financière du conjoint ou de la conjointe est également évaluée.

SVP, imprimez le formulaire, signez-le et renvoyez-le par la poste par la suite ou encore, numérisez-le et envoyez-le par courriel.

DÉCLARATION SOLENNELLE DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE DE L'ACTIONNAIRE OU DE SON (SA) CONJOINT(E)

ACTIONNAIRE	CONJOINT(E) DE L'ACTIONNAIRE
NOM ET PRÉNOM :	
ADRESSE :	NOM ET PRÉNOM : _____
	ADRESSE : _____
NUMÉRO D'ADHÉSION :	

Veuillez faire remplir cette déclaration solennelle par toutes les institutions financières où vous ou votre conjoint(e) détenez un compte bancaire ou des placements.

Nom du détenteur du compte : _____

Numéro du compte : _____

Solde du compte : _____ \$

Nous confirmons l'absence de placement encaissable dans notre institution financière.

(Un placement est considéré encaissable même si son retrait génère des frais ou une perte de rendement)

ET

Nous fournissons un profil ou portrait financier des actifs et passifs détenu par l'actionnaire ou son (sa) conjoint(e).

 Nom de l'institution financière

 Nom et prénom de la personne responsable du dossier

 Adresse Ville Code postal

 Téléphone Télécopieur Courriel

SIGNATURE

J'atteste que les renseignements fournis sont exacts.

Signature de la personne responsable du dossier

Date (année/mois/jour)

X _____

| A . A . A . A | M . M | J . J |

SVP, imprimez le formulaire, signez-le et renvoyez-le par la poste par la suite ou encore, numérisez-le et envoyez-le par courriel.