

**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
 VERSEMENT SUBSÉQUENT APRÈS UN INTERVALLE DE 2 MOIS DEPUIS LA DERNIÈRE DEMANDE
 (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) : <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) Certificat médical confirmant que l'invalidité perdue au moment de présenter la demande de rachat (période minimale de deux mois consécutifs) <input type="checkbox"/> Preuve des revenus de toute provenance de l'actionnaire avant impôt pour les deux (2) derniers mois
----------------------------	--

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 que j'ai fournis 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

X _____

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

Signature du conjoint ou de la conjointe de l'actionnaire (le cas échéant)

Date

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.