mon épargne SunAvantage - RPDB
Renseignements sur les employeurs participants

Financière Sun Life

Retourner le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :
Financière Sun Life
À l'attention de : Mise en place des régimes des RCR, 304D00
C.P. 2025, succ. Waterloo, Waterloo ON N2J 0B4

Écrire en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

Note : This document is also available in English.

Effacer

1 Renseignements sur le promoteur du régime

Veuillez indiquer le nom d'entreprise que vous avez inscrit sur la proposition – RER/RPDB/CELI – **mon épargne** SunAvantage.

Raison sociale du promoteur de régime

2 Renseignements sur les employeurs participants

Veuillez fournir les noms d'autres employeurs qui participent **actuellement** à votre RPDB et qui sont visés par le transfert du régime à la Sun Life ainsi que les renseignements à leur sujet.

Nom de l'employeur participant			
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone
Prénom de la personne à contacter	Nom de famille	Titre	
Adresse électronique de la personne à contacter (obligatoire)			Numéro de téléphone
Numéro d'entreprise – numéro de compte de retenues sur la paie RP	Langue de correspondance ☐ Anglais ☐ Français		

Nom de l'employeur participant			
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone
Prénom de la personne à contacter	Nom de famille	Titre	
Adresse électronique de la personne à contacter (obligatoire)			Numéro de téléphone
Numéro d'entreprise – numéro de compte de retenues sur la paie RP	Langue de correspondance ☐ Anglais ☐ Français		

Nom de l'employeur participant			
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone
Prénom de la personne à contacter	Nom de famille	Titre	
Adresse électronique de la personne à contacter (obligatoire)			Numéro de téléphone
Numéro d'entreprise – numéro de compte de retenues sur la paie RP	Langue de correspondance ☐ Anglais ☐ Français		

À l'usage de la FSL : CORR

2 Renseignements sur les employeurs participants (suite)

Nom de l'employeur participant			
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone
Prénom de la personne à contacter	Nom de famille	Titre	
Adresse électronique de la personne à contacter (obligatoire)			Numéro de téléphone
Numéro d'entreprise – numéro de compte de retenues sur la paie R P	Langue de correspondance ☐ Anglais ☐ Français		

Nom de l'employeur participant			
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone
Prénom de la personne à contacter	Nom de famille	Titre	
Adresse électronique de la personne à contacter (obligatoire)			Numéro de téléphone
Numéro d'entreprise – numéro de compte de retenues sur la paie R P	Langue de correspondance ☐ Anglais ☐ Français		

3 Autorisation et signature

Veuillez conserver une copie du présent formulaire pour vos dossiers.

Le soussigné confirme que :

(i) les employeurs nommés ci-dessus sont actuellement inscrits auprès de l'Agence du revenu du Canada à titre d'employeurs participant au régime dont il est question à la partie 5 de la proposition RER/RPDB/CELI – **mon épargne** SunAvantage;

(ii) les employeurs participants sont au courant du transfert du régime à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, de la modification du régime en vue de le rendre conforme au régime de participation différée aux bénéfices spécimen de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie n° 211-15-SP et de la nomination de la Fiducie de la Financière Sun Life inc. à titre de fiduciaire du régime; et

(iii) le promoteur de régime fournira ou mettra à la disposition de chaque employeur participant des exemplaires du texte du RPDB, de la convention de fiducie, de la police de rente collective, de l'entente sur les services et les frais ainsi que les parties 5, 6 et 7 de la proposition RER/RPDB/CELI – **mon épargne** SunAvantage.

Signer et indiquer la date ci-dessous.

Nom du signataire autorisé (en caractères d'imprimerie)	Titre du signataire autorisé
Signature (à l'encre) X	
Signé à (ville et province)	Date (jj-mm-aaaa)

Les produits et services des Régimes collectifs de retraite sont offerts par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

À l'usage de la FSL : CORR