

# CONVENTION RELATIVE AU PROGRAMME DE PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES



**MACKENZIE**  
Placements

## (Convention relative au programme de débit préautorisé (DPA))

(Non applicable pour les RER immobilisés, CRI, FRR, FRV, FRRI, FRRP, FRVR, REIR ou REEI\*)

\*Veuillez remplir le Formulaire de paiement d'aide à l'invalidité et de prélèvements automatiques dans le cadre du REEI

### 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

Nouveau compte\*

Numéro de compte

Compte existant

Numéro de compte

\*Une demande remplie peut être exigée.

### 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DU RÉGIME – VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

Prénom

Nom de famille

Prénom du cotitulaire du régime (le cas échéant)

Nom de famille du cotitulaire du régime (le cas échéant)

### 3. CHOIX DE FONDS

NUMÉRO DE FONDS	NOM DU FONDS	MONTANT (\$ OU %)	*OPTION DE SOUSCRIPTION FR (✓)	**OPTION DE SOUSCRIPTION FM3 (✓)	*OPTION DE SOUSCRIPTION FM2 (✓)	**OPTION DE SOUSCRIPTION FA (%)	PROGRAMME DE PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES (\$ OU %)
<b>TOTAL :</b>		\$					\$

\* FR – mode de souscription avec frais de rachat

\*\* FM3 – mode de souscription avec frais modérés 3

† FM2 – mode de souscription avec frais modérés 2 †† FA – mode de souscription avec frais d'acquisition

À : \_\_\_\_\_ ET À : Placements Mackenzie (Joindre un chèque annulé)  Veuillez arrêter mon PPA existant  
Banque du soussigné

Veuillez traiter mon achat PPA :  Hebdomadairement  Bimensuellement<sup>2</sup>  Bimestriellement<sup>3</sup>  Semestriellement<sup>4</sup>  
 À la quinzaine<sup>1</sup>  Mensuellement  Trimestriellement  Annuellement  
<sup>1</sup>Une fois tous les 14 jours <sup>2</sup>Le 15 et à la fin du mois <sup>3</sup>Tous les deux mois <sup>4</sup>Tous les six mois

Date de mon premier achat : JJ MMMM AAAA  
Date

Veuillez protéger mes versements dans le cadre du PPA contre l'inflation avec une augmentation annuelle de \_\_\_\_\_ %

### 4. MODALITÉS

- En signant la présente demande, vous (le(s) titulaire(s) du compte bancaire) renoncez à toutes exigences de préavis prévues par les alinéas 15a) et b) de la Règle H1 de l'Association canadienne des paiements afférente aux débits préautorisés.
- Vous autorisez Placements Mackenzie à porter au débit du compte bancaire fourni la (les) somme(s) indiquée(s) selon la (les) fréquence(s) demandée(s).
- S'il s'agit d'un placement à des fins personnelles, le débit sera considéré comme un débit préautorisé (DPA) personnel selon la définition de l'Association canadienne des paiements (ACP). S'il s'agit d'un placement à des fins commerciales, le débit sera considéré comme un DPA d'entreprise. L'argent transféré entre les membres de l'ACP sera considéré comme un DPA de transfert de fonds.
- Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à la présente convention. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec la présente convention de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).
- Vous confirmez que toutes les personnes dont la signature est nécessaire pour autoriser les opérations dans le compte bancaire fourni ont signé la présente convention.
- Vous pouvez modifier ces directives ou annuler ce programme en tout temps, à condition que Placements Mackenzie reçoive un préavis de dix (10) jours ouvrables par téléphone ou par écrit. Pour obtenir un exemplaire du formulaire d'annulation ou pour en apprendre davantage sur vos droits d'annulation d'une convention de DPA, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site Web de l'Association canadienne des paiements à [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). Vous acceptez de dégager l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'est pas respectée, sauf en cas de négligence grave par l'institution financière.
- Placements Mackenzie est autorisée à accepter les modifications apportées à la présente convention par mon courtier inscrit ou par mon conseiller conformément aux politiques de la société et aux exigences de divulgation et d'autorisation de l'ACP.
- Vous acceptez que les renseignements figurant dans la présente demande soient partagés avec l'institution financière, pour ce qui est de la divulgation des renseignements directement liés à et nécessaires à la juste mise en application des règles pertinentes aux débits préautorisés.
- Vous reconnaissez et acceptez l'entière responsabilité des frais engagés si les débits ne peuvent être portés au compte en raison d'insuffisance de provisions ou de toute autre raison pour laquelle vous pouvez être tenu responsable.

### 5. AUTORISATION

Signature du titulaire du compte bancaire/régime \_\_\_\_\_ JJ MMMM AAAA  
Date

Signature du cotitulaire du compte bancaire/régime \_\_\_\_\_ JJ MMMM AAAA  
Date

Signature du titulaire du régime (si celui-ci n'est pas le titulaire du compte bancaire) \_\_\_\_\_ JJ MMMM AAAA  
Date

Nom du conseiller \_\_\_\_\_  
Code du courtier/conseiller \_\_\_\_\_

Nom du courtier \_\_\_\_\_

Signature du conseiller/autorisation du courtier \_\_\_\_\_ JJ MMMM AAAA  
Date