

Ajout/Changement d'un bénéficiaire d'un régime d'épargne-études postsecondaires

Une fois la formule remplie, envoyez-la à Services Investisseurs CIBC inc. :

CIBC Investor Services Inc.

Transit 3202

Client File Administration

161 Bay Street, 4th Floor

Toronto, ON M5J 2S8

Titre	Prénom	second prénom du souscripteur	Nom de famille
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Titre	Prénom	second prénom du souscripteur	Nom de famille
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Compte

Service Investisseurs Impérial Planification financière CIBC Pro-Investisseurs CIBC

Numéro de compte

Renseignements sur les REEE familial : Est-ce que tous les bénéficiaires sont frères et sœurs? Oui Non

Renseignements sur le(s) Bénéficiaire(s):

Bénéficiaire 1

Ajouter un bénéficiaire* Retirer le bénéficiaire Modifier la répartition Mettre à jour les renseignements

Prénom	second prénom	Nom de famille	Date de naissance (jour mois année)	Répartition par cotisation (%)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Identique à celle du souscripteur précité OU

Adresse du parent/du tuteur (numéro et rue)	Apte. Numero	Ville	Province	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sexe	Lien avec le souscripteur	Occupation	Numéro d'assurance sociale (obligatoire)
<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Obligatoire si le bénéficiaire est âgé de moins de 19 ans et si le souscripteur n'est pas le parent ou le tuteur légal.

Nom du parent ou du tuteur (si le lien n'est pas celui de parent ou de tuteur)	Numéro d'assurance sociale du parent/du responsable public (obligatoire)	Lieu de résidence
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse du parent/du tuteur (numéro et rue)	Apte. Numero	Ville	Province	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bénéficiaire 2

Ajouter un bénéficiaire* Retirer le bénéficiaire Modifier la répartition Mettre à jour les renseignements

Prénom	second prénom	Nom de famille	Date de naissance (jour mois année)	Répartition par cotisation (%)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Identique à celle du souscripteur précité OU

Ajout/Changement d'un bénéficiaire d'un régime d'épargne-études postsecondaires – Services Investisseurs CIBC

Adresse du parent/du tuteur (numéro et rue)	Apte. Numero	Ville	Province	Code postal
---	--------------	-------	----------	-------------

Sexe <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Lien avec le souscripteur	Occupation	Numéro d'assurance sociale (obligatoire)
---	---------------------------	------------	--

Obligatoire si le bénéficiaire est âgé de moins de 19 ans et si le souscripteur n'est pas le parent ou le tuteur légal.

Nom du parent ou du tuteur (si le lien n'est pas celui de parent ou de tuteur)	Numéro d'assurance sociale du parent/du responsable public (obligatoire)	Lieu de résidence
--	--	-------------------

Adresse du parent/du tuteur (numéro et rue)	Apte. Numero	Ville	Province	Code postal
---	--------------	-------	----------	-------------

Si vous voulez ajouter ou modifier l'information pour d'autres bénéficiaires, veuillez remplir une autre copie du formulaire 8380F(Ajout/Changement d'un bénéficiaire d'un régime d'épargne- études postsecondaires). Cochez ici si un formulaire supplémentaire est joint.

(Optionnel)

Si vous n'indiquez pas une répartition en % pour chaque bénéficiaire, la répartition sera effectuée de façon égale entre tous les bénéficiaires. Le total des répartitions doit être de 100 %.

Bénéficiaire (écrire le nom en lettres moulées)	Répartition %
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
TOTAL	100%

_____	X	_____
Date (jour mois année)		Signature du souscripteur (signer dans la case)

_____	X	_____
Date (jour mois année)		Signature (signer dans la case)

_____	X	_____
Date (jour mois année)		Attestation de Services Investisseurs CIBC inc. (signer dans la case)

* Le formulaire SDE 0093F A-B rempli avec une photocopie de la carte d'assurance sociale du bénéficiaire sont exigés pour l'ajout d'un bénéficiaire.