

## 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)

\* 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.

#### Bénéficiaire 1

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

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

Identique à celle du souscripteur précité **OU**

Adresse (numéro et nom de rue, numéro d'unité, rurale, selon le cas) (case postale non acceptée)

Ville	Province/territoire	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Genre  Masculin  Féminin  Un autre genre

Si votre bénéficiaire habite au Québec, choisissez l'option « Masculin » ou « Féminin ».

Lien avec le souscripteur	Occupation	Numéro d'assurance sociale (obligatoire)
<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 (numéro et nom de rue, numéro d'unité, rurale, selon le cas) (case postale non acceptée)

Ville	Province/territoire	Code postal
<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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance (jour mois année)	Répartition par cotisation (%)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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

**Bénéficiaire 2 (suite)**

Identique à celle du souscripteur précité **OU**

Adresse (numéro et nom de rue, numéro d'unité, rurale, selon le cas) (case postale non acceptée)

\_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Genre  Masculin  Féminin  Un autre genre Si votre bénéficiaire habite au Québec, choisissez l'option « Masculin » ou « Féminin ».

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 (numéro et nom de rue, numéro d'unité, rurale, selon le cas) (case postale non acceptée)

\_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Si vous voulez ajouter ou modifier l'information pour d'autres bénéficiaires, 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   _____	_____
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

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

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

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