

Remplir et retourner le formulaire **avant le 30 avril**, à l'adresse suivante :  
**Banque Nationale du Canada (SADC) 4, place Laval, Bureau 600, Laval (Québec) H7N 5Y3 Transit : 1606-1**

- N° de compte de placement  
 N° de compte bancaire

Transit

**FIDUCIAIRE(S) / FIDÉICOMMISSAIRE(S)**

Prénom et nom du fiduciaire ou du fidéicommissaire

Adresse du fiduciaire ou du fidéicommissaire (n°, rue, appartement, ville, province, code postal)

**BÉNÉFICIAIRES** *Vous pouvez obtenir des copies supplémentaires du formulaire, en visitant le [bnc.ca/sadc](http://bnc.ca/sadc)***Si vous avez un bénéficiaire associé au compte :**

- Validez les informations présentes sur le formulaire.
- Apportez des modifications (voir au verso) s'il y a lieu aux renseignements présents sur le formulaire en utilisant la section « signaler toutes modifications ». *Veillez écrire en lettres majuscules.*

**Si vous avez plus d'un bénéficiaire associé au compte :**

- Validez les informations présentes sur le formulaire.
- Inscrivez dans le champ « droit du bénéficiaire » le pourcentage de couverture associé à chacun des bénéficiaires.
- Apportez des modifications (voir au verso) s'il y a lieu aux renseignements présents sur le formulaire en utilisant la section « signaler toutes modifications ». *Veillez écrire en lettres majuscules.*

**1.**

Prénom et nom du bénéficiaire

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province, code postal)

N° de téléphone

Droit du bénéficiaire (%)

**2.**

Prénom et nom du bénéficiaire

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province, code postal)

N° de téléphone

Droit du bénéficiaire (%)

**3.**

Prénom et nom du bénéficiaire

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province, code postal)

N° de téléphone

Droit du bénéficiaire (%)

**4.**

Prénom et nom du bénéficiaire

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province, code postal)

N° de téléphone

Droit du bénéficiaire (%)

**5.**

Prénom et nom du bénéficiaire

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province, code postal)

N° de téléphone

Droit du bénéficiaire (%)

**SIGNATURE**

Date (AAAA MM JJ)

**X**

Signature du fiduciaire ou du fidéicommissaire

## SIGNALER TOUTES MODIFICATIONS

1.

Prénom et nom du bénéficiaire

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province, code postal)

N° de téléphone

Droit du bénéficiaire (%)

2.

Prénom et nom du bénéficiaire

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province, code postal)

N° de téléphone

Droit du bénéficiaire (%)

3.

Prénom et nom du bénéficiaire

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province, code postal)

N° de téléphone

Droit du bénéficiaire (%)

4.

Prénom et nom du bénéficiaire

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province, code postal)

N° de téléphone

Droit du bénéficiaire (%)

5.

Prénom et nom du bénéficiaire

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province, code postal)

N° de téléphone

Droit du bénéficiaire (%)