



## DEMANDE D'ADHÉSION INDIVIDUELLE À L'ACARR

### VOS COORDONNÉES

Nom :

Poste :

Entreprise :

Adresse :

Ville :

Province / état :

Code postal :

Tél. :

Télec. :

Courriel :

URL de l'entreprise :

Nom anglais officiel de l'entreprise:

### VOS PRÉFÉRENCES

Langue préférée pour les communications de l'ACARR  Français  Anglais

Coordonnées incluses dans le répertoire des membres?  Oui  Non

*Pour connaître notre politique de protection des renseignements personnels, consultez notre site Web à l'adresse [www.acpm-acarr.com](http://www.acpm-acarr.com)*

### COLLECTE DE DONNÉES (promoteurs et administrateurs de régimes)

*Nous vous demandons de nous fournir les renseignements suivants pour nous aider à mettre notre base de données nationale à jour. Nous vous assurons que ces renseignements resteront confidentiels et serviront uniquement à des fins statistiques.*

	Régime 1	Régime 2	Régime 3
Nom du régime :			
Catégories de plan (ex : PD, CD):			
Nombre de participants actifs :			
Nombre de participants retraités:			
Nombre de participants inactifs :			
Actif total de la caisse:			

**SECTEUR D'ACTIVITÉ** Veuillez indiquer votre secteur d'activité. Cochez tous ceux qui s'appliquent.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Administrateurs et promoteurs de régimes, fiduciaires de caisses de retraite | <input type="checkbox"/> Société de placement                                     |
| <input type="checkbox"/> Administrateurs de régimes (fournisseurs de services)                        | <input type="checkbox"/> Cabinet d'actuares                                       |
| <input type="checkbox"/> Dépositaire/société de fiducie/responsable des registres                     | <input type="checkbox"/> Gouvernement/organisme de réglementation                 |
| <input type="checkbox"/> Cabinet d'avocats  | <input type="checkbox"/> Société de gestion des RH                                |
| <input type="checkbox"/> Société d'experts-conseils ou de courtage                                    | <input type="checkbox"/> Membre d'un organisme pour personnes retraitées/Syndicat |
| <input type="checkbox"/> Cabinet comptable  | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____                          |

**NOM D'UTILISATEUR ET MOT DE PASSE** Veuillez choisir un nom d'utilisateur comportant entre 8 et 20 caractères, et uniquement des chiffres et des lettres (aucun espace).

Nom d'utilisateur :

Mot de passe :

**Frais d'adhésion générale**

<b>Actif</b>	Personne qui travaille dans le secteur du revenu de retraite ou des avantages sociaux ou qui s'y intéresse.	650\$
<b>Non actif</b>	Personne qui ne travaille plus à temps plein dans le secteur du revenu de retraite ou des avantages sociaux et qui désire demeurer membre de l'Association. Pour plus d'info, allez s'il vous plaît sur <a href="https://www.acpm.com/fr-ca/memberships/general">https://www.acpm.com/fr-ca/memberships/general</a>	80 \$
<b>Étudiant</b>	Étudiant désirent devenir membre de l'ACARR. Pour plus d'information, veuillez envoyer un courriel à <a href="mailto:adhesion@acpm.com">adhesion@acpm.com</a> .	50 \$

**Frais d'adhésion pour promoteurs de régime (promoteurs et administrateurs de régimes, fiduciaires de caisses de retraite, et les employés du gouvernement)**

<b>Particulier</b>	Personne qui représente ou qui administre son propre régime de retraite. (Ne s'applique pas aux administrateurs qui sont aussi des fournisseurs de services. Veuillez plutôt faire application à l'adhésion générale ci-haut.)	525 \$
<b>Groupe</b>	Pour profiter du rabais pour adhésion de groupe des promoteurs de régimes, veuillez contacter le bureau national par courriel à <a href="mailto:adhesion@acpm.com">adhesion@acpm.com</a> afin de discuter des diverses options.	

Taxes [Les taxes sont calculées selon la province de résidence de l'adhérent. QC – 14.98% (TPS& TVQ)  
AB, C-B, MB, SK, YK, NWT, NT – 5%; ON – 13%; NS, NL, NB & PEI - 15%, et US & int'l - 0%]

 N° d'exemption**TOTAL (CAD)**

\$

\$

**MODE DE PAIEMENT**

- Chèque** payable à l'ordre de l'ACARR envoyé à: **ACARR, 1255, rue Bay, bureau 304, Toronto (Ontario) M5R 2A9**
- Carte de crédit** Postez la facture à l'adresse susmentionnée ou télécopiez-la au numéro **416 964-0567** ou transmettez-la par courriel à l'adresse [adhesion@acpm.com](mailto:adhesion@acpm.com)

 Visa  MasterCard  AMEX Numéro de carte :

Date d'expiration:

Nom apparaissant sur la carte:

CVV

(TPS/TPV #R10519425, TVQ#1210404704)