

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, veuillez composer le 1-833-290-2606.

Envoyez le formulaire rempli par la poste ou par télécopieur à : RBC Services aux investisseurs et de trésorerie, 3^e étage Imaging, 155, rue Wellington Ouest, Toronto (ON) M5V 3L3

À l'attention de : Starlight Capital a/s de RBC Services aux investisseurs et de trésorerie
Télécopieur : 1-866-716-2977

La présente constitue une lettre d'instructions autorisant à établir le programme systématique suivant :

- Programme de paiements préautorisés Programme de retrait systématique

à compter du :

Numéro de compte Starlight : **OBLIGATOIRE**

Numéro de compte du courtier : **OBLIGATOIRE**

Nom et adresse du titulaire du compte/contrat

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="JJ/MM/AAAA"/>	<input type="text"/>
Nom	Prénom	Initiale(s)	Date de naissance	Numéro d'assurance sociale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Ville	Province	Code postal	Téléphone (domicile) / Téléphone (travail)

Renseignements bancaires : Veuillez cocher pour confirmer que nous pouvons utiliser les renseignements bancaires figurant dans nos dossiers Joindre un chèque nul Remplir la présente section

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Institution financière	Nom(s) du (des) titulaire(s) du compte
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse de la succursale	Code bancaire / Numéro de domiciliation / Numéro de compte

Veillez indiquer vos directives concernant le placement.

Reportez-vous à la page « Codes des fonds » Starlight Capital. Veuillez lire le prospectus *avant* d'investir.

Code du fonds	Nom du fonds	Montant brut du placement	Frais d'acquisition (0 % à 5,0 %)	Programme de paiements préautorisés	Versements du PRS/FRR
		\$		\$	\$
		\$		\$	\$
		\$		\$	\$
		\$		\$	\$
Versement minimum du PRS : 100 \$		\$		\$	\$

Choisissez les caractéristiques de votre compte

Programme de paiements préautorisés (RER ou régime de placement seulement) \$

En choisissant le programme de paiements préautorisés, j'autorise Starlight Capital à effectuer des retraits automatiques de mon compte bancaire (minimum de 25 \$ par fonds) selon un échéancier que j'ai déterminé, et à acheter des titres de fonds pour mon compte Starlight Capital, tel que décrit ci-dessus.

Choisissez les caractéristiques de votre compte (suite)

J'autorise les retraits automatiques de mon compte bancaire à la fréquence suivante :

- Une fois par semaine
 Deux fois par mois
 Une fois par mois
 Tous les deux mois
 Tous les trois mois
 Tous les six mois
 Une fois par année

Veuillez effectuer le retrait le : 1^{er} 15 Autre : _____ à compter de _____
Date

Veuillez noter que vous ne recevrez pas un aperçu du fonds automatiquement pour les achats de titres d'un fonds effectués dans le cadre du programme de paiements préautorisés. Vous pouvez en tout temps demander un exemplaire gratuit pour les achats subséquents ou au renouvellement de l'aperçu du fonds à votre courtier ou en communiquant avec le Service à la clientèle de Starlight Capital par téléphone au 1-833-290-2606 ou par courriel à info@starlightcapital.com. Vous pouvez aussi consulter le dernier aperçu du fonds sur le site Web de SEDAR à l'adresse www.sedar.com ou sur notre site Web à www.starlightcapital.com. Vous avez le droit d'annuler votre achat dans les deux jours suivant la réception de l'aperçu du fonds, mais vous ne pourrez pas annuler les achats subséquents effectués dans le cadre du programme de paiements préautorisés. Toutefois, vous continuez de bénéficier de tous les autres droits prévus par les lois sur les valeurs mobilières, y compris en cas de déclaration trompeuse, que vous ayez ou non demandé un aperçu du fonds. Vous avez également le droit de mettre fin à votre participation au programme de paiements préautorisés en tout temps, sous réserve des préavis applicables.

Programme de retrait systématique *Les rachats peuvent inclure un gain (une perte) en capital ou un revenu.*

Vous pouvez choisir d'effectuer des retraits de 100 \$ ou plus mensuellement ou trimestriellement si vous maintenez un solde de compte d'au moins 10 000 \$ dans un fonds Starlight Capital. Le produit peut vous être envoyé par courrier ou dépôt électronique dans le compte bancaire que vous désignerez.

Veuillez retirer \$ de mon compte Starlight Capital, selon un échéancier que j'ai déterminé, et vendre des titres de fonds de mon compte Starlight Capital, tel que décrit ci-dessus.

Fréquence : Une fois par mois Tous les trois mois

Veuillez effectuer le retrait le : 1^{er} 15 Autre : _____ à compter de _____
Date

Directives de paiement : Envoyez un chèque à mon adresse indiquée ci-dessus
 Déposez les versements dans mon compte bancaire

La signature du titulaire du compte/contrat est requise lorsque le compte est détenu au nom du client.

X	<input type="text" value="JJ/MM/AAAA"/>	
Signature du titulaire du compte/contrat	Date	
X	<input type="text" value="JJ/MM/AAAA"/>	
Signature du co-titulaire du compte/contrat	Date	
		X
Nom du courtier	Numéro du courtier	Signature du représentant
Nom du représentant	Numéro du représentant	Téléphone
X		<input type="text" value="JJ/MM/AAAA"/>
Signature au nom du courtier	Nom et titre	Date

Starlight Capital

a/s de RBC Services aux investisseurs et de trésorerie, 3^e étage Imaging
155, rue Wellington Ouest, Toronto (ON) M5V 3L3

Service à la clientèle

Téléphone : 1-833-290-2606
Télécopieur : 1-866-716-2977

Courriel : info@starlightcapital.com