



COMPTE D'ÉPARGNE
LIBRE D'IMPÔT (CELI)
DEMANDE

Contrat de rente établi par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

Comment remplir le formulaire de demande

1. Admissibilité du demandeur : Veuillez remplir cette section.

2. Renseignements sur le demandeur : Veuillez fournir des renseignements complets. Le particulier doit être un résident du Canada âgé de 18 ans ou plus et être membre de l'ADC ou de l'une des sociétés membres provinciales ou territoriales.

3. Détermination de tiers : Veuillez remplir cette section et, si vous répondez « Oui », contactez-nous pour obtenir un formulaire supplémentaire.

4. Choix en matière de service : Veuillez remplir cette section au complet.

5. Renseignements financiers : Veuillez remplir cette section au complet.

6. Désignation de titulaire successeur et/ou de bénéficiaire : La validité d'une désignation de titulaire successeur ou de bénéficiaire au titre du présent CELI est assujettie aux lois de la juridiction où vous résidez. Le titulaire successeur doit être un conjoint. Veuillez également choisir un bénéficiaire (ou des bénéficiaires). Si vous optez de désigner un titulaire successeur, vous devriez choisir une personne autre que votre conjoint comme bénéficiaire.

7. Répartition de l'actif : Veuillez nous fournir vos directives de placement pour votre dépôt initial.

8. Entente de prélèvements automatiques (facultative) : Veuillez choisir la fréquence et nous fournir vos renseignements bancaires aux fins de prélèvements automatiques. **Joindre un chèque portant la mention « NUL » à votre demande.** Veuillez signer et dater pour fournir votre autorisation et **remplir la Section 7** en indiquant vos directives de répartition de l'actif.

9. Avis sur la vie privée et la confidentialité : Veuillez lire cette section.

10. Autorisation et signature : Veuillez signer et dater la demande dans cette section. Les résidents du Québec qui demandent à ce qu'on communique avec eux en anglais doivent apposer leur initiale pour signifier le choix de langue.

11. Formulaire d'identification : Si vous n'avez pas auparavant fourni de document d'identification au Programme, veuillez remplir ce formulaire.

12. Transfert de CELI : Si vous aimeriez transférer votre CELI d'une autre institution financière auprès du CDSPI, veuillez joindre un *Formulaire de transfert CELI* (pour obtenir ce formulaire, contactez le CDSPI ou visitez le www.cdspi.com).

Veuillez retourner la demande dûment remplie par courrier ordinaire* au :

Service des placements du CDSPI
2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4

Aide pour remplir la présente ou conseils en planification de placement, contactez-nous :

1.800.561.9401

courriel : cdspi@cdspi.com ou visitez le www.cdspi.com

* Une signature originale à la main est exigée aux fins de traitement de la demande ; par conséquent, nous ne pouvons pas l'accepter par télécopieur.

Note: This document is also available in English.

COMPTE D'ÉPARGNE LIBRE D'IMPÔT (CELI)

Demande de nouveau compte

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROMOTEUR DU RÉGIME :

Nom du promoteur du régime : CDSPI
N° de police collective : 64913-G

NOUVEAU CLIENT CLIENT ACTUEL N° DE CLIENT : _____

N° DE COMPTE : _____

DATE D'OUVERTURE : _____

OUVERT PAR : _____

SECTION 1 ADMISSIBILITÉ DU DEMANDEUR

Remplir A, B ou C.

A. Dentiste

Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale*
* À l'exclusion de l'ACDQ au Québec.

OU _____ Numéro exclusif

Membre de l'ADC _____ Numéro exclusif

Membre[†] de la famille admissible du dentiste admissible

Nom du dentiste _____

Lien de parenté avec le dentiste _____

OU

B. Hygiéniste

Assistant dentaire accrédité

Autre employé

Membre[†] de la famille admissible de l'hygiéniste, de l'assistant dentaire ou de l'employé

_____ Nom de l'employeur

Nom de l'hygiéniste, de l'assistant dentaire ou de l'employé :

_____ Nom de famille Prénom Initiale(s)

Lien de parenté _____

OU

C. Membre du personnel d'une association

Membre[†] de la famille admissible d'un membre du personnel d'une association

_____ Nom de l'association

Nom du membre du personnel de l'association :

_____ Nom de famille Prénom Initiale(s)

Lien de parenté _____

[†] Les membres de la famille admissibles d'un participant admissible comprennent son conjoint ou conjoint de fait ou partenaire de même sexe, ses enfants, ses parents, ses frères et sœurs, ses petits-enfants, ses grands-parents et ses beaux-parents.

SECTION 2 RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

A. Titre (cocher une case) : Dr M Mme Mlle

Nom _____
Nom de famille Prénom Initiale(s)

B. Sexe Homme Femme

C. Langue de correspondance

Français Anglais (si un résident du Québec, voir Section 10)

D. Numéro d'assurance sociale _____

E. Date de naissance _____
Jour Mois Année

(N.B. : Les demandeurs doivent avoir atteint l'âge de la majorité légal dans leur province de résidence)

F. Profession _____

G. Adresse permanente

(N.B. : Le CELI n'est offert qu'aux résidents du Canada)

_____ Numéro civique et nom de la rue, appartement ou bureau

_____ Ville Province Code postal

H. N° de téléphone (domicile) (_____) _____

I. N° de téléphone (bureau) (_____) _____

J. Adresse de courriel _____

K. Adresse postale (Veuillez remplir si l'adresse postale diffère de l'adresse permanente à la Section 2 G)

_____ Numéro civique et nom de la rue, appartement ou bureau

_____ Ville Province Code postal

SECTION 3 DÉTERMINATION DE TIERS

A. Ce compte sera-t-il utilisé par un tiers* ou en son nom?

Non Oui

B. Si « Oui », vous devez remplir et signer une Déclaration d'identification de tiers. Pour obtenir ce formulaire, veuillez nous contacter.

* Un tiers n'est pas un titulaire de compte, mais un particulier, une entreprise ou une autre entité qui utilisera le compte ou en tirera un avantage financier.

Pour respecter les lois sur le recyclage d'argent qui régissent nos affaires, vous devez répondre à cette question aux fins de traitement de la demande de compte.

SECTION 4 CHOIX EN MATIÈRE DE SERVICE

A. Procuration/autorité de négocier Oui Non

(Si « Oui », veuillez préciser le type ci-dessous et joindre un exemplaire du formulaire applicable. Pour obtenir des formulaires, contactez le CDSPI ou visitez le www.cdspi.com)

Type : _____

B. Autorisation d'acceptation de directives électroniques

Par la présente, j'autorise et demande au CDSPI et au CDSPI Services consultatifs Inc. d'accepter les directives qui sont données par moi aux membres du personnel du CDSPI et/ou du CDSPI Services consultatifs Inc. par téléphone, Internet et/ou facsimilé. Ces directives peuvent inclure le transfert et/ou le rachat des fonds de placement dans mon ou mes comptes du Programme. Je conviens d'être tenu par toutes directives fournies au CDSPI et/ou au CDSPI Services consultatifs Inc. par moi concernant mes comptes du Programme et j'accepte que les membres du personnel du CDSPI et/ou du CDSPI Services consultatifs Inc. soient autorisés à agir conformément à ces directives sans avoir reçu de ma part une autorisation signée ou toute autre forme de confirmation. La présente autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que le CDSPI et/ou le CDSPI Services consultatifs Inc. reçoivent un avis écrit de ma part dans lequel je demande la révocation de la présente autorisation. Des directives laissées sur le répondeur téléphonique ne seront pas acceptées.

Oui Non

C. Relevés de placement trimestriels

J'aimerais recevoir mon relevé de placement trimestriel par courrier ordinaire :

Oui Non

En cochant « Non », vous confirmez que vous ne désirez pas recevoir les relevés de placement trimestriels se rapportant à votre ou vos comptes de fonds de placement du CDSPI par courrier ordinaire. Il est entendu que vous pouvez avoir accès à votre relevé par voie électronique à partir de votre compte au www.cdspi.com. Un code d'identification d'utilisateur et un numéro d'identification personnel vous seront fournis pour vous permettre d'accéder à vos comptes par voie électronique. Chaque trimestre, vous recevrez un rappel par courriel pour vous aviser que vous pouvez consulter votre nouveau relevé en ligne. Veuillez nous faire part de tout changement d'adresse de courriel. Si vous omettez de nous fournir une adresse de courriel, vous ne pourrez pas choisir l'option sans papier et recevrez alors par défaut des exemplaires papier. Si vous choisissez l'option sans papier, cela s'applique à tous les comptes ouverts sous votre profil lorsque nous émettons un relevé de placement trimestriel se rapportant à tous les comptes à votre nom.

Nous convenons qu'il se peut que vous receviez du CDSPI un exemplaire papier de tout document auquel vous avez eu accès par voie électronique, et ce sans frais, si vous communiquez avec le CDSPI par écrit.

Votre consentement peut être révoqué ou changé en tout temps en avisant le CDSPI par écrit.

SECTION 5 RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

(Les renseignements visant à « Connaître le client » sont utilisés dans le but de personnaliser votre stratégie de placement.)

A. Niveau de connaissance en matière de placement :

Demandeur

- **Bas** (Je suis novice dans le domaine du marché et des placements.)
- **Modeste** (Je m'y connais un peu et je possède une faible connaissance du marché et des placements.)
- **Moyen** (Je m'y connais pour ce qui est des divers types de placement et leurs profils de risque connexes. Je suis à l'aise pour choisir les fonds de placement.)
- **Élevé** (Je possède une connaissance très poussée du marché et des types de placement disponibles. Je peux mettre sur pied mon propre portefeuille sans difficulté.)

B. Avoir net personnel approximatif :

Demandeur

- Moins de 25 000 \$
- 25 000 \$ - 49 999 \$
- 50 000 \$ - 99 999 \$
- 100 000 \$ - 199 999 \$
- 200 000 \$ - 500 000 \$
- Plus de 500 000 \$

C. Revenu annuel :

Demandeur

- Moins de 25 000 \$
- 25 000 \$ - 49 999 \$
- 50 000 \$ - 74 999 \$
- 75 000 \$ - 125 000 \$
- Plus de 125 000 \$

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU — PROFIL DE PLACEMENT :

Tolérance au risque (exprimée en tant que % - total 100 %) :

Élevée	_____ %
Moyenne	_____ %
Faible	_____ %

Horizon de placement (cocher une case) :

- moins de 1 an
- 1 - 3 ans
- 3 - 7 ans
- plus de 7 ans

Passé en revue par : _____
Conseiller

SECTION 6 DÉSIGNATION DE TITULAIRE SUCCESSEUR OU DE BÉNÉFICIAIRE

La validité d'une désignation de bénéficiaire ou de titulaire successeur est assujettie aux lois de la juridiction où vous résidez. Si les lois de la juridiction applicable ne vous permettent pas d'effectuer une telle désignation au titre du compte, vous ne pouvez faire cette désignation que dans votre testament (ou, au Québec, dans un contrat de mariage).

A. Titulaire successeur (Seul un conjoint ou conjoint de fait peut être désigné comme titulaire successeur)

Par la présente, je désigne mon conjoint ou conjoint de fait, s'il ou elle me survit, comme titulaire successeur de ce compte d'épargne libre d'impôt à mon décès :

_____ Révocable
 Irrévocable

Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
----------------	--------	----------------------------

B. Désignation de bénéficiaire

Si le titulaire successeur que j'ai désigné ci-dessus décède avant moi ou que je n'ai désigné aucun titulaire successeur ci-dessus, je nomme par la présente le ou les particuliers suivants comme bénéficiaires du compte d'épargne libre d'impôt advenant mon décès.

(Si plus de deux désignations de bénéficiaire est exigée, cochez ici et veuillez remplir une feuille volante signée et datée, indiquant la distribution en pourcentage pour des bénéficiaires multiples, et la joindre à la présente demande) :

		Proportion	
1			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom du bénéficiaire	Lien de parenté avec le participant	%	

Nom du bénéficiaire en sous-ordre (pour la proportion ci-dessus)* Lien de parenté avec le participant

2			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom du bénéficiaire	Lien de parenté avec le participant	%	

Nom du bénéficiaire en sous-ordre (pour la proportion ci-dessus)* Lien de parenté avec le participant

*Si le bénéficiaire décède avant le participant, le bénéficiaire en sous-ordre, à condition d'être toujours vivant au décès du participant, recevra la proportion déterminée des prestations payables à mon décès.

Notes importantes :

Si la désignation de bénéficiaire est révocable, le participant peut changer de bénéficiaire sans le consentement du bénéficiaire.

Si la désignation de bénéficiaire est irrévocable, le consentement écrit du bénéficiaire est exigé pour que le participant puisse changer de bénéficiaire ou faire des demandes de remboursement.

Si vous ne désignez aucun bénéficiaire, le bénéficiaire sera votre succession.

Quand la loi du Québec s'applique, la désignation d'un conjoint (marié ou en union civile) comme bénéficiaire est irrévocable à moins de cocher la case

La mise en garde suivante est imposée par la loi du Manitoba. Elle peut s'appliquer aussi à d'autres juridictions.

MISE EN GARDE : La désignation de bénéficiaire effectuée au moyen d'un formulaire de désignation ne sera pas modifiée ou révoquée d'office à la suite d'un mariage ou divorce ultérieur. Si vous désirez changer ou révoquer la désignation d'un bénéficiaire advenant un mariage ou divorce ultérieur, vous devrez faire une nouvelle désignation.

SECTION 9 AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ

Le CDSPI et le CDSPI Services consultatifs Inc. recueillent, utilisent et divulguent vos renseignements personnels fournis dans la présente proposition aux fins suivantes : déterminer votre admissibilité à nos régimes de placement; administrer et vous fournir des services de placement et financiers; assurer une protection contre la fraude, les erreurs ou toute fausse déclaration; satisfaire à des exigences légales, réglementaires ou contractuelles; promouvoir et vous informer d'autres produits et services connexes. Nous limitons l'accès à vos renseignements personnels figurant dans nos dossiers à nos employés, nos agents autorisés, de tiers fournisseurs de services et toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes,

organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver à l'extérieur du Canada, alors vos renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois de ces juridictions étrangères. Vous pouvez demander à vérifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier et y apporter des corrections en écrivant au : CDSPI, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4. Pour de plus amples renseignements sur nos pratiques relatives à la protection de la vie privée, allez sur notre page Web www.cdspi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels.

SECTION 10 DEMANDE D'ADHÉSION ET AUTORISATION

Je demande au CDSPI, au nom de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance vie (« Sun Life »), de produire un choix visant à enregistrer mon compte à titre de compte d'épargne libre d'impôt (CELLI) en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)* et autre législation applicable.

Je désigne le promoteur du Régime, le CDSPI, pour agir comme mon agent aux fins de soumission des cotisations et dans le but de fournir mes directives de placement, retrait et transfert et toutes autres directives requises pour l'administration de mon compte CELLI.

J'accepte d'être tenu par les modalités et conditions du CELLI (le « régime ») et toute modification afférente.

Je demande au Programme de placement et nomme le promoteur du Programme, le CDSPI et sa filiale, le CDSPI Services consultatifs Inc. pour agir comme mon mandataire conformément aux conditions du Programme.

Je reconnais que : (i) Le CDSPI transmettra mes cotisations à la Sun Life qui les affectera conformément au régime ; (ii) Mes cotisations et le revenu gagné dans le cadre du régime seront investis ou me seront versés comme indiqué ci-dessus, ou selon mes directives ultérieures données par écrit ; (iii) Dans la mesure permise par la loi, je me réserve le droit de changer ou de résilier la désignation de bénéficiaire.

Je reconnais qu'il **n'incombe qu'à moi** (et **non** à toute personne, physique ou morale, y compris le CDSPI, le CDSPI Services consultatifs Inc. ou la Sun Life) de prendre, s'il y a lieu, toutes les décisions liées aux placements concernant mon compte, de déterminer le montant de la cotisation maximum admissible, et d'être au courant des incidences fiscales, tel qu'il est défini dans la *Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)* et autre législation applicable.

Je certifie que les renseignements donnés dans la présente demande sont complets et exacts et que la Sun Life, le CDSPI et le CDSPI Services consultatifs Inc. peuvent s'y fier tant que le ou la soussigné(e) n'a pas fourni d'avis écrit relatif à tout changement important.

En soumettant la demande au Programme, j'autorise le CDSPI et le CDSPI Services consultatifs Inc. et leurs filiales à échanger et utiliser les renseignements personnels qu'ils détiennent sur moi aux fins de l'exécution de services liés aux placements, notamment l'administration du compte et du régime en mon nom et dans le but de me fournir des rapports, des relevés et des informations sur les produits et services financiers. J'autorise également la Sun Life et ses filiales à obtenir, utiliser et transmettre au CDSPI et au CDSPI Services consultatifs Inc. des renseignements personnels à mon sujet aux fins d'administration du régime.

Je reconnais avoir lu l'Avis sur la vie privée et la confidentialité et j'en confirme mon acceptation.

Je consens à ce que mon numéro d'assurance sociale soit utilisé aux fins du respect des exigences touchant les informations, comme le requièrent l'Agence de revenu du Canada ou autres autorités gouvernementales, et non aux fins d'identification afférentes au régime.

Je reconnais que le non-paiement de la cotisation annuelle des associations dentaires provinciales ou territoriales (au Québec, l'ADC) par le dentiste admissible nommé à la section 2, le cas échéant, m'empêchera de faire de nouveaux placements dans les régimes du Programme tant que la cotisation d'adhésion n'a pas été versée.

X

Signature du demandeur (obligatoire)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Jour Mois Année

Signé à

Ville

Province

* N.B. : Le terme « demandeur » a la même signification que le terme « titulaire » à l'alinéa 146.2(1) de la *Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)*.

Pour les résidents du Québec seulement :

Entente relative au choix de langue (s'applique seulement aux résidents du Québec qui ont choisi l'anglais)

Je soussigné, le participant, requiers que la présente demande et les documents y afférents soient rédigés en anglais et que les documents futurs se rapportant à ma participation au régime me soient communiqués en anglais.

Initiale

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU CONFIRMATION DE L'ACCEPTATION DE LA DEMANDE

Par _____
(Signature autorisée)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Jour Mois Année