

RER • COMPTE D'INVESTISSEMENT • FRR
DEMANDE

Conseils en planification de placements ou aide pour remplir la présente – appelez :
1.800.561.9401 ou 416.296.9401

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

Veillez retourner la demande dûment remplie au :
CDSPI, 155 Lesmill Road, Toronto (ON) M3B 2T8
Courriel : cdspi@cdspi.com

18-

ZONES OMBRÉES RÉSERVÉES À L'USAGE DU BUREAU

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROMOTEUR DU RÉGIME

Nom du promoteur du régime : CDSPI

Contrat de rente collectif n° : 62462-G 62619-G 62463-G

SECTION 1 TYPE DE COMPTE DÉSIRÉ

Cocher une case :

- RER (personnel)
- RER (de conjoint)
- RER (immobilisé)*
- Compte d'investissement (non enregistré)
- Compte d'investissement conjoint (non enregistré)
- FRR (personnel)
- FRR (de conjoint)
- FRR (immobilisé)*
- FRV (Fonds de revenu viager)
- Fonds de revenu de retraite prescrit (en Saskatchewan et au Manitoba seulement)*

* Formulaires supplémentaires requis. Communiquer avec le Service des placements du CDSPI.

N.B. : Selon le régime que vous demandez, vous n'aurez pas à remplir certaines sections de la présente demande. Veuillez lire les directives au début de chaque section.

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU — RÉGIME N° :

SECTION 2 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

- 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 3 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. Date de naissance**

Jour	Mois	Année							

D. Profession (si elle n'est pas indiquée à la Section 2)
_____**E. Numéro d'assurance sociale**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

F. Adresse postale (cocher une case) : Domicile Bureau_____
Numéro civique et nom de la rue, appartement ou bureau_____
Ville Province Code postal**G. N° de téléphone (domicile)** () _____**H. N° de téléphone (bureau)** () _____**I. Adresse de courriel** _____**J. N° de télécopieur** () _____**SECTION 4 PERSONNE ADDITIONNELLE****(À remplir seulement pour un RER de conjoint ou un compte d'investissement conjoint)****A. Les renseignements ci-dessous visent le** (cocher une case) :

-
- cotisant au RER de conjoint
-
-
- second demandeur d'un compte d'investissement conjoint

Type de propriété (Compte d'investissement conjoint seulement) :

-
- Propriété conjointe avec droit de survie (ne s'applique pas au Québec)
-
-
- Tenant conjoint en commun

Autorisation de signature (Compte d'investissement conjoint seulement) :

-
- Les deux doivent signer
-
-
- L'un ou l'autre doit signer

B. Titre (cocher une case) : Dr M. Mme Mlle**Nom** _____
Nom de famille Prénom Initiale(s)**C. Sexe** Homme Femme**D. Date de naissance**

Jour	Mois	Année							

E. Profession _____**F. Numéro d'assurance sociale**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

G. Adresse postale (cocher une case) : Domicile Bureau_____
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. N° de télécopieur** () _____

SECTION 8 DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

En tant que participant, je révoque toute désignation antérieure de bénéficiaire pour recevoir les prestations payables à mon décès et nomme à la place comme bénéficiaire (si vous manquez d'espace pour votre désignation de bénéficiaire, 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	
A			<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	
B			<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.

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 « révocable » suivante :

Pour les propositions FRR, FRV, FRRI et FRRP, tout participant ayant un conjoint vivant doit désigner son conjoint comme bénéficiaire et remplir la Section 11 (G).

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 BÉNÉFICIAIRE DU COMPTE « EN FIDUCIE »**(À remplir seulement pour un compte d'investissement « en fiducie »)****A. Titre** (cocher une case) : Dr M. Mme Mlle**Nom** _____
Nom de famille Prénom Initiale(s)**B. Numéro d'assurance sociale** **C. Date de naissance**
Jour Mois Année**RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU — DOCUMENT DE FIDUCIE FOURNI :** Document de la fiducie du CDSPI Autre document de fiducie**SECTION 10 RÉPARTITION DE L'ACTIF****A. Cotisation initiale sous forme de** (cocher une case) :
 Dépôt Transfert de placements enregistrés (T2033/T2151)
 Transfert de placements non enregistrés**B. Veuillez placer ma cotisation comme indiqué** (S'il s'agit de fonds garantis, veuillez préciser les termes (de 1 à 5 ans). Consultez la feuille Description des fonds du CDSPI ou visitez le www.cdspi.com pour obtenir la liste des fonds du CDSPI.)

Nom du fonds de placement	Montant ou pourcentage
1. _____	_____ \$/%
2. _____	_____ \$/%
3. _____	_____ \$/%
4. _____	_____ \$/%
5. _____	_____ \$/%
6. _____	_____ \$/%
7. _____	_____ \$/%
8. _____	_____ \$/%
(Veuillez faire un chèque à l'ordre du CDSPI.) Total	_____ \$/%

SECTION 11 VERSEMENTS FRR/FRV/FRRI/FRRP**(À remplir seulement pour ces régimes)****A. Calendrier des versements** (cocher une case) :

- Versement minimum
 Versements uniformes de _____ \$
 Versement maximum (FRV/FRRI seulement)
 Versement indexés

B. Mode de versement (cocher une case) :

- Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel

C. Date du premier versement
Jour Mois Année**D. Versement minimum fondé sur** (cocher une case) :

- Mon âge OU L'âge de mon conjoint plus jeune* :

Nom du**conjoint** _____
Nom de famille Prénom Initiale(s)**Date de naissance du conjoint**
Jour Mois Année* Si vous choisissez cette option, vous ne pourrez pas la changer à une date future, même en cas de séparation, divorce ou décès de votre conjoint.**E. Les versements proviendront des fonds suivants :**

Nom du fonds de placement	Montant ou pourcentage
1. _____	_____ \$/%
2. _____	_____ \$/%
3. _____	_____ \$/%
4. _____	_____ \$/%
5. _____	_____ \$/%
6. _____	_____ \$/%
Total	_____ \$/%

F. Destination des versements

Les versements seront :

- envoyés à l'adresse du demandeur (même que celle donnée à la Section 3(F))
 portés au crédit de votre compte bancaire
(joindre un modèle de chèque portant la mention « NUL »)

Établissement financier _____N° de l'établissement (3 chiffres) N° de domiciliation (5 chiffres)

N° de compte en dollars canadiens (11 chiffres)

G. Si votre conjoint est désigné comme bénéficiaire à la Section 8, cochez la case pertinente si vous désirez que votre conjoint :

- reçoive une prestation décès au lieu de versements continus

OU continue de recevoir des versements périodiques à titre de participant subséquent**Numéro d'assurance sociale du conjoint**

SECTION 12 ENTENTE DE PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES

(Facultatif : pour les cotisations par prélèvement automatique. Non disponible dans le cas des régimes FRR/FRV/FRRI/FRRP)

A. Compte à débiter (cocher une case) :

- Personnel
Nom du ou des titulaires : _____
- Professionnel
Nom de l'entreprise : _____

Établissement financier _____

N° de l'établissement (3 chiffres)

N° de domiciliation (5 chiffres)

N° de compte en dollars canadiens (11 chiffres)

Joindre un modèle de chèque portant la mention « NUL ».

B. Prélèvements

 Veuillez prélever une cotisation de _____ \$

- une fois par semaine 7, 14, 21 et 28 du mois
- deux fois par mois — 1^{er} et 15 du mois OU
 15 et 28 du mois
- une fois par mois _____ du mois

et l'investir dans les fonds indiqués à la Section 10.

(N.B. Les 29, 30 et 31 du mois ne sont pas permises comme dates de prélèvements automatiques. Si la date n'est pas spécifiée, le prélèvement automatique sera effectué une fois par mois, le 1^{er} du mois.)

C. Commence le
Jour Mois Année

D. Autorisation : J'autorise/nous autorisons par les présentes le CDSPI et l'établissement financier désigné ci-dessus à effectuer les prélèvements sur le compte mentionné. (Toutes les personnes dont la signature est exigée aux fins de l'autorisation de prélèvement sur le compte susmentionné doivent signer cette entente.) Cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que le CDSPI reçoive un avis écrit (au moins 48 heures avant la date du prochain paiement prévu) demandant la résiliation de l'entente.

Je peux/nous pouvons obtenir de plus amples renseignements au sujet de mon/notre droit d'annuler l'entente de prélèvements automatiques auprès de mon/notre établissement financier ou en visitant le www.cdnpay.ca.

J'ai/nous avons certains droits de recours si le débit n'est pas conforme à cette entente. Par exemple, je suis/nous sommes en droit de recevoir un remboursement pour tout débit non autorisé par ou non conforme à cette entente. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de ces droits de recours, je peux/nous pouvons contacter mon/notre établissement financier ou visiter le www.cdnpay.ca.



Signature du détenteur du compte bancaire
(obligatoire)

Jour Mois Année



Signature du codétenteur du compte
bancaire (obligatoire s'il s'agit d'un compte conjoint)

Jour Mois Année

SECTION 13 AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans le présent formulaire sont exigés aux fins de traitement et de la prestation des services afférents aux placements. Le CDSPI et le CDSPI Services consultatifs Inc. limiteront l'accès à ces renseignements aux employés, mandataires, administrateurs ou agents du CDSPI et du CDSPI Services consultatifs Inc., chargés de fournir des services de placement et de marketing et de l'administration des services et à toute autre personne autorisée par vous ou par la loi. Vous pouvez demander de vérifier et de corriger les renseignements personnels qui se trouvent dans votre dossier en écrivant au Responsable de l'accès aux renseignements personnels, 155, Lesmill Rd., Toronto (ON) M3B 2T8. Consultez www.sunlife.ca pour prendre connaissance des principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels de la Financière Sun Life.

SECTION 14 DEMANDE D'ADHÉSION ET AUTORISATION

Je demande/nous demandons par les présentes l'établissement d'un fonds collectif (RER ou RER de conjoint ou compte d'investissement individuel (non enregistré) ou compte d'investissement conjoint (non enregistré) ou FRR ou FRV ou FRRI ou FRRP), comme indiqué ci-dessus à la Section 1 (le « régime ») conformément aux termes du contrat de rente collectif émis par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la « Sun Life »).

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

Si la présente demande vise un compte enregistré, la Sun Life est priée de faire une demande d'enregistrement du RER en tant que REER ou du FRR ou du FRV ou du FRRI ou du FRRP en tant que FERR aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)* et, le cas échéant, aux termes de la Loi sur les impôts du Québec et d'autres autorités gouvernementales provinciales, au besoin.

Si le régime est un compte conjoint dans le cadre d'un compte d'investissement, chacun des soussignés autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à accepter toutes directives relatives à ce compte, données par un détenteur du compte conjoint nommé dans la présente demande. Chaque participant au compte conjoint est le propriétaire conjoint, avec droits de survie, de tous les fonds détenus en nos noms en vertu du contrat de rente collectif n° 62619-G et a le droit sans justification du consentement de l'autre propriétaire conjoint d'autoriser toutes transactions, y compris mais sans s'y limiter, tout changement dans la sélection des placements, tout retrait de fonds et/ou la fermeture du compte.

Je reconnais/nous reconnaissons que : (i) Le CDSPI transmettra mes/nos cotisations à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie qui les affectera conformément au régime ; (ii) Mes/nos cotisations et le revenu gagné dans le cadre du régime seront investis ou me/nous seront versés comme indiqué ci-dessus, ou selon mes/nos directives ultérieures données par écrit ; (iii) Je reconnais/nous reconnaissons que tous les versements reçus par moi/nous au titre du régime, si ce dernier est enregistré, s'ajouteront à mon/notre revenu imposable pour l'année durant laquelle je les ai/nous les avons reçus ; (iv) Dans la mesure permise par la loi, je me réserve/nous nous réservons le droit de changer ou de résilier la désignation de bénéficiaire.

Je reconnais/nous reconnaissons qu'il **n'incombe qu'à moi/nous** (et **non** à toute personne, physique ou morale, y compris le CDSPI, le CDSPI Services consultatifs Inc. ou la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie) de prendre, s'il y a lieu, toutes les décisions liées aux placements concernant mon/notre compte, de déterminer le montant de la cotisation maximum admissible, et d'être au courant des incidences fiscales se rapportant aux montants excédentaires cotisés au cours d'une année donnée (si le régime est un REER), tel qu'il est défini dans la *Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)* et autre législation applicable.

Je conviens que, si j'ai transféré dans mon régime des sommes provenant d'un régime de retraite et assujetties aux exigences d'immobilisation se rapportant aux régimes de retraite, je ne serai pas en mesure de recevoir ces sommes en espèces et que tout nouveau régime enregistré d'épargne-retraite établi au moyen des fonds du régime continuera de faire l'objet des exigences d'immobilisation. En outre, je conviens que, si j'ai un conjoint à la date de mon décès, la loi pourrait stipuler que la prestation décès provenant de mon régime immobilisé soit versée à mon conjoint, que celui-ci soit mon bénéficiaire désigné ou non. Selon la juridiction régissant mon régime, il se peut que cette exigence ne s'applique pas si je vis séparé de mon conjoint à la date de mon décès. Je suis au courant du fait que si je désire nommer mon conjoint comme bénéficiaire, je dois remplir la Section 8 afférente à la désignation de bénéficiaire.

suite à la page 7 ➤

Si la présente demande vise un compte en fiducie, chacun des fiduciaires a signé la présente demande et chacun des fiduciaires soussignés autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, le CDSPI et/ou le CDSPI Services consultatifs Inc. à accepter toutes directives relatives à ce compte données par un fiduciaire nommé dans la présente demande ou, en cas de changement de fiduciaire, nommé dans un avis écrit donné au CDSPI, au CDSPI Services consultatifs Inc. ou à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie par un fiduciaire ou un fiduciaire successeur. Le CDSPI, le CDSPI Services consultatifs Inc. et la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ne sont pas tenus de s'enquérir (sauf si la législation sur le blanchissage de l'argent l'exige) de l'autorité de toute personne nommée comme fiduciaire, figurant aux dossiers du CDSPI pour donner des directives au sujet du compte, y compris mais sans s'y limiter, des directives pour mener à bonne fin des opérations, de modifier la sélection des placements, de retirer les fonds, de fermer le compte ou de modifier la désignation du ou des fiduciaires nommés aux dossiers du CDSPI.

Je m'engage/nous nous engageons à respecter les modalités du régime. Je certifie/nous certifions que les renseignements donnés dans la présente demande sont véridiques et complets et que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, le CDSPI et le CDSPI Services consultatifs Inc. peuvent s'y fier jusqu'à ce que le ou les soussignés donnent un avis écrit de changements importants.

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

Je reconnais/nous reconnaissons avoir lu l'Avis sur la vie privée et la confidentialité et j'en confirme mon/nous en confirmons notre acceptation.

Je consens/nous consentons à ce que mon/notre 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/nous reconnaissons que le non-paiement de la cotisation annuelle à une association dentaire provinciale ou territoriale (en Québec, l'ADC) par le dentiste admissible nommé à la section 2, le cas échéant, m'empêchera/nous empêchera de faire de nouveaux placements dans les régimes du Programme tant que la cotisation d'adhésion n'a pas été versée.



Signature du demandeur (obligatoire)

ou du fiduciaire (s'il s'agit d'un compte en fiducie)

--	--	--	--	--	--

Jour Mois Année



Signature du codemandeur (obligatoire s'il

s'agit d'un compte conjoint) ou du fiduciaire

(s'il s'agit d'un compte en fiducie)

--	--	--	--	--	--

Jour Mois Année

Signé à

Ville

Province

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

Par

(Signature autorisée)

--	--	--	--	--	--

Jour Mois Année

FORMULAIRE D'IDENTIFICATION

Le CDSPI Services consultatifs Inc. est tenu de confirmer l'identité des personnes qui demandent l'ouverture de comptes. Cette exigence de conformité se rapporte à la **Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes** du gouvernement fédéral.

Les demandeurs doivent fournir au CDSPI Services consultatifs Inc. une copie d'un document d'identification acceptable, ainsi qu'une déclaration signée par un garant. Vous pouvez utiliser le formulaire à la page suivante pour donner les renseignements demandés.

DIRECTIVES

1. En tant que demandeur, vous remplissez la Section 1 à la page suivante et y apposez une photocopie lisible d'un « document d'identification acceptable » (voir notes ci-dessous).
2. Votre garant remplit les Sections 2 et 3.
3. Retournez le formulaire dûment rempli au CDSPI Services consultatifs Inc. par envoi postal ordinaire.

NOTES

Documents d'identification acceptables

Une copie d'un document d'identification original, lisible et non périmé émis par le gouvernement (fédéral, provincial ou territorial) et qui a un identifiant unique (tel qu'un numéro de carte) est requise aux fins des exigences d'identification. Il n'est pas nécessaire que le document d'identification comporte une photo.

Exemples de documents d'identification acceptables :

- certificat de naissance
- permis de conduire
- carte de numéro d'assurance sociale
- passeport
- carte de résident permanent
- carte de citoyenneté
- carte d'identité à photo pour les provinces suivantes : Alberta, Colombie-Britannique, Terre-Neuve et Labrador, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard ou Saskatchewan
- carte Santé (N.B. : Les cartes Santé émises par l'Ontario, le Manitoba ou l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas acceptables. Les résidents du Québec ne sont pas obligés de produire la carte Santé en tant que document d'identification bien qu'ils peuvent choisir de le faire.)

Avis important : Si votre signature et/ou la date d'expiration se trouvent au verso d'une carte d'identification (par exemple, un permis de conduire), il faudra faire une copie des deux côtés de la carte d'identification.

Garants acceptables

Un garant est une personne autre que vous qui confirme votre identité. Votre garant doit être une personne qui exerce l'une des professions suivantes au Canada :

- dentiste
- médecin, pharmacien, chiropraticien ou optométriste
- juge, magistrat, avocat, notaire public, notaire (au Québec) ou commissionnaire à l'assermentation
- comptable agréé, auditeur public accrédité, comptable général licencié, comptable en management accrédité ou comptable public enregistré
- ingénieur (ing. au Québec et P.Eng. dans les provinces autres que le Québec)
- vétérinaire

Formulaire d'identification

Aide pour remplir la présente – appelez le CDSPI Services consultatifs Inc. :
1.800.561.9401 ou 416.296.9401

Veillez retourner le formulaire dûment rempli par envoi postal ordinaire au :
CDSPI, 155 Lesmill Road, Toronto (ON) M3B 2T8
Courriel : cdspi@cdspi.com

N.B. : La signature manuscrite originale du garant est exigée ; par conséquent, nous ne pouvons pas accepter la présente demande par voie électronique.

SECTION 1 Renseignements sur le demandeur

A. Nom du demandeur :

Nom de famille Prénom Initiale(s)

Signature

B. Date de naissance du demandeur :

Jour	Mois	Année

Date signée

SECTION 2 Document d'identification (à remplir par le garant)

Veillez joindre au présent formulaire une photocopie lisible d'un document d'identification du demandeur émis par le gouvernement.

Sur la photocopie, veuillez inclure **tout** ce qui suit (A et B) :

A. Le garant doit écrire la phrase suivante sur la photocopie :

Déclaration : Je certifie qu'il s'agit d'une copie conforme du document d'identification original.

B. Le garant doit signer la photocopie et indiquer la date de signature (jour/mois/année).

Avis important : Avant d'envoyer une photocopie du document d'identification au CDSPI, assurez-vous que tous les renseignements précités sont indiqués sur la photocopie.

SECTION 3 Renseignements sur le garant

A. Nom du garant :

Nom de famille Prénom Initiale(s)

B. Profession du garant :

(par exemple, dentiste, médecin, comptable agréé)

C. Adresse de résidence permanente du garant

Numéro civique et nom de la rue

Ville Province Code postal

D. Numéro de téléphone du garant durant le jour :

() _____

E. Type de document d'identification fourni par le demandeur (le particulier qui est identifié) :

(par exemple, permis de conduire ou passeport)

F. Numéro du document d'identification fourni par le demandeur (le particulier qui est identifié) :

(par exemple, numéro de permis de conduire ou de passeport)

(RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU) VÉRIFICATION D'IDENTIFICATION EFFECTUÉE PAR LE CDSPI :

TYPE D'IDENTIFICATION N° D'IDENTIFICATION DATE D'EXPIRATION LIEU D'ÉMISSION

Par _____
(Signature autorisée) Jour Mois Année



Déclaration de résidence aux fins de l'impôt pour les particuliers – Parties XVIII et XIX de la Loi de l'impôt sur le revenu

- Si vous êtes un particulier et que vous prévoyez ouvrir un compte financier ou si vous en avez déjà un dans une institution financière canadienne, celle-ci peut vous demander de remplir ce formulaire ou un formulaire similaire. Pour en savoir plus, lisez *Comment remplir le formulaire* à la page 2.
- Selon les parties XVIII et XIX de la *Loi de l'impôt sur le revenu*, les institutions financières canadiennes doivent recueillir les renseignements que vous fournissez sur ce formulaire pour déterminer si elles doivent signaler l'existence de votre compte financier à l'Agence du revenu du Canada (ARC). L'ARC peut communiquer ces renseignements au gouvernement d'une juridiction étrangère dont vous êtes résident aux fins de l'impôt. Dans le cas des États-Unis, l'ARC peut aussi communiquer ces renseignements avec le gouvernement de ce pays si vous en êtes citoyen. Vous pouvez demander à votre institution financière si elle a signalé l'existence de votre compte financier à l'ARC et quels renseignements elle lui a donnés.
- Chaque titulaire d'un compte conjoint doit remplir un formulaire de déclaration de résidence aux fins de l'impôt.
- Remplissez toutes les sections du formulaire qui s'appliquent à vous. Si vous n'avez pas tous les renseignements nécessaires quand vous remplissez le formulaire, vous pourriez avoir jusqu'à 90 jours pour fournir les renseignements manquants à votre institution financière canadienne. Si vous ne fournissez pas les renseignements manquants à votre institution financière dans les délais prévus, elle pourrait devoir signaler l'existence de votre compte financier à l'ARC.
- Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire en ce qui concerne les renseignements sur la résidence aux fins de l'impôt, reportez-vous au Folio de l'impôt sur le revenu, S5-F1-C1, *Détermination du statut de résidence d'un particulier*, que vous trouverez dans le site Web de l'ARC.

Section 1 – Identification du titulaire de compte					
Nom	Prénom et initiales	Date de naissance	Année	Mois	Jour
Numéro de police / de compte attribué par l'institution financière					
Adresse de résidence permanente					
Numéro d'appartement, numéro et nom de la rue				Ville	
Province, territoire, état ou sous-entité		Pays ou juridiction		Code postal ou ZIP	
Adresse postale (seulement si elle diffère de l'adresse de résidence permanente)					
Numéro d'appartement, numéro et nom de la rue				Ville	
Province, territoire, état ou sous-entité		Pays ou juridiction		Code postal ou ZIP	

Section 2 – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt																						
Cochez (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous.																						
<input type="checkbox"/> Je suis résident ou résidente du Canada aux fins de l'impôt. Si vous cochez cette case, fournissez votre numéro d'assurance sociale.	Numéro d'assurance sociale <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					
<input type="checkbox"/> Je suis résident ou résidente des États-Unis aux fins de l'impôt ou de citoyenneté américaine. Si vous cochez cette case, fournissez votre numéro d'identification fiscal (NIF) des États-Unis. Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un?	NIF des États-Unis <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																					
<input type="checkbox"/> Je suis résident ou résidente d'une juridiction autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt. Si vous cochez cette case, indiquez vos juridictions de résidence aux fins de l'impôt et vos numéros d'identification fiscal. Si vous n'avez pas le NIF d'une juridiction en particulier, donnez la raison en choisissant l'une des options suivantes : Raison 1 : Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un mais je ne l'ai pas encore reçu. Raison 2 : Ma juridiction de résidence pour l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents. Raison 3 : Autres raisons. Pour ce formulaire, « Autres raisons » est suffisant. Cependant, vous devez quand même donner la raison précise à votre institution financière.																						
Juridiction de résidence pour l'impôt	Numéro d'identification fiscal	Si vous n'avez pas de NIF, choisissez la raison 1, 2 ou 3.																				

Section 3 – Attestation														
J'atteste que les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts et complets. Je fournirai à mon institution financière un nouveau formulaire dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances qui fait en sorte que les renseignements fournis dans ce formulaire sont incomplets ou inexacts.														
_____ Nom (en lettres moulées)	_____ Signature	Date <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mois</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jour</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>							Année	Mois	Jour			
Année	Mois	Jour												

Les renseignements personnels sont recueillis selon la *Loi de l'impôt sur le revenu* pour administrer les programmes fiscaux, de prestations et autres. Ils peuvent également être utilisés pour toute fin liée à l'application ou à l'exécution de la *Loi* telle que la vérification, l'observation et le recouvrement des sommes dues à l'État. Les renseignements peuvent être transmis à une autre institution fédérale, à une institution gouvernementale provinciale ou territoriale, ou à un gouvernement étranger, ou vérifiés auprès de ceux-ci, dans la mesure où la loi l'autorise. Cependant, le défaut de fournir ces renseignements pourrait entraîner des intérêts à payer, des pénalités ou d'autres mesures. Les particuliers ont le droit, selon la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, d'accéder à leurs renseignements personnels et de demander une modification, s'il y a des erreurs ou omissions. Consultez Info Source en allant à arc.gc.ca/gncy/tp/nfsrc/nfsrc-fra.html et le Fichier de renseignements personnels ARC PPU 005.

(You can get this form in English at cra.gc.ca/forms.)

Comment remplir le formulaire

Section 1 – Identification du titulaire de compte

Utilisez la section 1 pour indiquer le titulaire de compte. L'adresse de résidence permanente du titulaire de compte est parfois différente de son adresse postale. Dans ce cas, donnez les deux adresses.

Le **titulaire de compte** est la personne inscrite ou indiquée comme titulaire de compte par l'institution financière qui gère le compte. Cependant, lorsqu'une personne autre qu'une institution financière détient un compte financier au profit d'une autre personne ou pour celle-ci à titre d'agent, de responsable, de mandataire, de signataire, de conseiller en placements ou d'intermédiaire, on ne la considère pas comme le titulaire de compte. Dans de tels cas, le titulaire de compte est la personne pour laquelle le compte est détenu.

Si une fiducie ou une succession est inscrite comme titulaire d'un compte financier, c'est elle qui est le titulaire du compte et non son fiduciaire ou son liquidateur. De même, si une société de personnes est inscrite comme titulaire d'un compte financier, c'est elle qui est titulaire du compte et non ses associés. Dans de tels cas, remplissez un formulaire RC519, *Déclaration de résidence aux fins de l'impôt pour les entités – Parties XVIII et XIX de la Loi de l'impôt sur le revenu*.

Un titulaire de compte comprend aussi toute personne pouvant accéder à la valeur de rachat ou désigner un bénéficiaire selon la valeur de rachat d'un contrat d'assurance avec valeur de rachat ou d'un contrat de rente.

Le **numéro de police / de compte** est le numéro que votre institution financière vous attribue. Inscrivez dans cette case le numéro qui vous est attribué, par exemple, le numéro de compte de banque ou le numéro de police d'assurance. Lorsque vous complétez ce formulaire à titre de personne détenant le contrôle d'une entité, donnez le numéro de police ou de compte attribué à l'entité et non le vôtre. Si vous n'avez pas de tel numéro, laissez la case vide.

Section 2 – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt

Utilisez la section 2 pour indiquer la résidence du titulaire de compte aux fins de l'impôt et son numéro d'identification fiscal. Si le titulaire de compte n'a pas de numéro, donnez-en la raison.

En général, une personne sera **résidente** d'une juridiction **aux fins de l'impôt** si, selon les lois de celle-ci, elle y paie ou doit y payer de l'impôt parce qu'elle y a son domicile, sa résidence ou que des critères semblables sont remplis.

Les personnes qui sont résidentes de plus d'une juridiction aux fins de l'impôt peuvent se fier aux règles décisives que les conventions fiscales prévoient (lorsqu'elles s'appliquent) pour résoudre le cas de double résidence aux fins de l'impôt.

Pour en savoir plus sur la résidence aux fins de l'impôt, parlez à votre conseiller fiscal ou allez à oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-residency/#d.en.347760 (en anglais seulement).

Un **numéro d'identification fiscal**, souvent désigné par son abréviation NIF, est une combinaison unique de lettres ou de chiffres qu'une juridiction attribue à un particulier pour identifier celui-ci aux fins de l'administration de ses lois fiscales. Entrez le NIF dans le même format officiel que reçu. Pour en savoir plus sur les NIF acceptables, allez à oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-identification-numbers/#d.en.347759 (en anglais seulement).

Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, vous avez 90 jours pour en demander un. Une fois que vous avez reçu votre NIF, vous avez 15 jours pour le fournir à votre institution financière.

Les raisons qui correspondent à la « Raison 3 : **Autres raisons** » pour ne pas avoir de NIF comprennent de ne pas être admissible à en recevoir un. Toutefois, si vous êtes admissible à recevoir un NIF mais n'en avez pas, vous avez 90 jours pour en demander un auprès de votre juridiction de résidence. Une fois que vous l'avez reçu, vous avez 15 jours pour le donner à votre institution financière.

Section 3 – Attestation

Assurez-vous de remplir et de signer la section 3 avant de donner ce formulaire à votre institution financière canadienne.

Type de personne détenant le contrôle

Remplissez cette section **seulement** si vous remplissez le formulaire en tant que personne détenant le contrôle d'une entité.

Les **personnes détenant le contrôle** (PDC) d'une entité sont les personnes physiques qui exercent un contrôle direct ou indirect sur cette entité. En général, pour établir si une personne exerce un contrôle sur l'entité, il faut savoir comment les propriétaires bénéficiaires de cette entité sont identifiés aux fins de la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* du Canada.

Par exemple, on considère généralement qu'une personne détient le contrôle d'une société si elle en détient ou en contrôle directement ou indirectement 25 % ou plus. Lorsqu'une personne physique ne peut être identifiée comme détenant le contrôle de la société, un administrateur ou un cadre de la société est désigné comme en détenant le contrôle.

Dans le cas d'une fiducie, les personnes qui détiennent le contrôle incluent les constituants, les fiduciaires, les protecteurs (si elle en a), les bénéficiaires (ou bénéficiaires discrétionnaires) et les personnes physiques qui exercent en dernier lieu un contrôle réel sur la fiducie.

Un constituant, un fiduciaire, un protecteur ou un bénéficiaire d'une fiducie peut être une entité. Dans ce cas, pour savoir quelles personnes détiennent le contrôle de la fiducie, vous devez examiner la chaîne de contrôle ou les droits de propriété pour identifier les personnes physiques qui exercent un contrôle réel sur l'entité. Ensuite, vous déclarez ces personnes comme étant celles détenant le contrôle de la fiducie. Les institutions financières peuvent suivre cette exigence de façon semblable à celle dont les propriétaires bénéficiaires d'une entité sont identifiés aux fins de la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* du Canada.

Dans le cas d'une structure juridique autre qu'une fiducie, les personnes détiennent le contrôle sont des personnes dans des situations équivalentes ou semblables.

Type de personne détenant le contrôle*

*Inscrivez la description qui décrit le mieux le type de personne détenant le contrôle :

- 1) Propriétaire direct d'une société ou d'une autre personne morale
- 2) Propriétaire indirect d'une société ou d'une autre personne morale (par un intermédiaire)
- 3) Administrateur ou cadre d'une société ou d'une autre personne morale
- 4) Constituant d'une fiducie
- 5) Fiduciaire d'une fiducie
- 6) Protecteur d'une fiducie
- 7) Bénéficiaire d'une fiducie
- 8) Autre personne détenant le contrôle d'une fiducie
- 9) Personne dont la situation est équivalente à un constituant d'une structure juridique autre qu'une fiducie (par exemple une société de personnes)
- 10) Personne dont la situation est équivalente à un fiduciaire d'une structure juridique autre qu'une fiducie (par exemple une société de personnes)
- 11) Personne dont la situation est équivalente à un protecteur d'une structure juridique autre qu'une fiducie (par exemple une société de personnes)
- 12) Personne dont la situation est équivalente à un bénéficiaire d'une structure juridique autre qu'une fiducie (par exemple une société de personnes)
- 13) Autre personne détenant le contrôle d'une structure juridique autre qu'une fiducie (par exemple une société de personnes)