



COMPTE D'INVESTISSEMENT D'ENTREPRISE **DEMANDE**

Un régime de placement non
enregistré à utiliser pour les :

- Sociétés de personnes
- Corporations
- Plans de retraite individuels

COMPTE D'INVESTISSEMENT D'ENTREPRISE

Demande de nouveau compte

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

Veuillez retourner la demande dûment remplie au :
CDSPI, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4
Télécopieur : 1.866.337.3389 ou 416.296.8920
Courriel : cdspi@cdspi.com

20-

ZONES OMBRÉES RÉSERVÉES À L'USAGE DU BUREAU

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROMOTEUR DU RÉGIME :

Nom du promoteur du régime : CDSPi
Contrat de rente collectif : ☐ 62619-G

SECTION 1 TYPE DE COMPTE

(Cocher une case) :

- ☐ Compte d'investissement pour une société de personnes
☐ Compte d'investissement pour une corporation
☐ Plan de retraite individuel (PRI) — doit être incorporé

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

SECTION 2 RENSEIGNEMENTS SUR L'ADMISSIBILITÉ

(Une seule personne doit remplir la présente section.)

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'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 TITULAIRE DU COMPTE

A. Raison sociale de la société de personnes ou de la corporation

B. Adresse légale de la société de personnes ou de la corporation

Numéro civique et nom de la rue, appartement ou bureau

Ville Province Code postal

C. N° de téléphone de la société de personnes ou de la corporation

() _____

D. N° de télécopieur de la société de personnes ou de la corporation

() _____

E. N° de téléphone (bureau) (le cas échéant)

() _____

F. Date d'incorporation (le cas échéant)

AVIS IMPORTANT : Pour ce type de compte, un exemplaire du contrat de société ou des statuts constitutifs doit être soumis avec la demande dûment remplie. (Pour avoir plus de détails, voir « AVIS IMPORTANT » à la page 5 de la présente demande.)

Chaque personne autorisée doit fournir un formulaire d'identification dûment rempli.

SECTION 4**RENSEIGNEMENTS SUR LA OU LES PERSONNES
AUTORISÉES – COMPTE POUR SOCIÉTÉ DE
PERSONNES OU POUR CORPORATION**

La ou les personnes suivantes sont autorisées à donner des directives afférentes au présent compte à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance vie, au CDSPI et/ou au CDSPI Services consultatifs Inc., y compris, mais sans s'y limiter, des directives visant à compléter les transactions, à apporter des changements quant à la sélection des placements, à retirer des fonds, à fermer le compte et/ou à apporter des changements touchant les personnes autorisées à signer pour le compte, tel qu'il est indiqué dans les dossiers du CDSPI.

N.B. : Pour un compte PRI, il ne peut y avoir qu'une seule personne autorisée.

PERSONNE AUTORISÉE N° 1

(À remplir par la personne qui a rempli la Section 2 – Renseignements sur l'admissibilité)

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. Numéro d'assurance sociale _____

E. Adresse domiciliaire _____
Numéro civique et nom de la rue, appartement ou bureau

_____ Ville Province Code postal

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

G. Adresse de courriel _____

H. N° de télécopieur () _____

I. Poste (cocher une case)

☐ Associé

☐ Directeur

☐ Dirigeant (préciser le titre) : _____

PERSONNE AUTORISÉE N° 2 (le cas échéant)

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. Numéro d'assurance sociale _____

E. Adresse domiciliaire _____
Numéro civique et nom de la rue, appartement ou bureau

_____ Ville Province Code postal

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

G. Adresse de courriel _____

H. N° de télécopieur () _____

I. Poste (cocher une case)

☐ Associé

☐ Directeur

☐ Dirigeant (préciser le titre) : _____

PERSONNE AUTORISÉE N° 3 (le cas échéant)

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. Numéro d'assurance sociale _____

E. Adresse domiciliaire _____
Numéro civique et nom de la rue, appartement ou bureau

_____ Ville Province Code postal

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

G. Adresse de courriel _____

H. N° de télécopieur () _____

I. Poste (cocher une case)

☐ Associé

☐ Directeur

☐ Dirigeant (préciser le titre) : _____

SECTION 5 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 6 CHOIX EN MATIÈRE DE SERVICE

A. Choix de langue (cocher une case pour chaque personne pertinente) :

Personne autorisée : n° 1 n° 2 n° 3

- Français ☐ ☐ ☐
- Anglais ☐ ☐ ☐

B. PARTICIPANTS DU QUÉBEC SEULEMENT

(cocher si le choix de langue est 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.

Personne autorisée : n° 1 n° 2 n° 3

C. Directives : J'autorise et demande par les présentes au CDSPI et au CDSPI Services consultatifs Inc. d'accepter les directives que je donne aux membres du personnel du CDSPI et du CDSPI Services consultatifs Inc. par téléphone, Internet et/ou facsimilé.

(cocher « Oui » ou « Non » pour chaque personne autorisée) :

Personne autorisée : n° 1 n° 2 n° 3

- Non ☐ ☐ ☐
- Oui (si « Oui », fournir signature et date) ☐ ☐ ☐



Signature de la personne autorisée n° 1
(obligatoire)

Jour		Mois		Année	



Signature de la personne autorisée n° 2
(le cas échéant)

Jour		Mois		Année	



Signature de la personne autorisée n° 3
(le cas échéant)

Jour		Mois		Année	

SECTION 7 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

(cocher une case pour chaque personne pertinente) :

Personne autorisée : n° 1 n° 2 n° 3

- 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

(cocher une case pour chaque personne pertinente) :

Personne autorisée : n° 1 n° 2 n° 3

- 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

(cocher une case pour chaque personne pertinente) :

Personne autorisée : n° 1 n° 2 n° 3

- 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 : Élevée _____ %
(exprimée en tant que % - total 100 %) Moyenne _____ %
Faible _____ %

Horizon de placement (cocher une case) : ☐ moins de 1 an
☐ 1 - 3 ans
☐ 3 - 7 ans
☐ plus de 7 ans

SECTION 8 RÉPARTITION DE L'ACTIF

A. Cotisation initiale sous forme de (cocher une case) :

☐ Dépôt

☐ Transfert provenant d'un autre compte

(Dans le cas d'un transfert provenant d'un compte non enregistré existant, il vous faudra remplir le formulaire Transfert de placements non enregistrés et le soumettre avec la présente demande. Vous pouvez obtenir le formulaire de transfert en appelant le CDSPI ou le télécharger à partir du site www.cdspi.com.)

B. Investissez ma/notre cotisation tel qu'il est 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 %
1. _____	_____ \$ ou %
2. _____	_____ \$ ou %
3. _____	_____ \$ ou %
4. _____	_____ \$ ou %
5. _____	_____ \$ ou %
6. _____	_____ \$ ou %
7. _____	_____ \$ ou %
8. _____	_____ \$ ou %
(Veuillez faire un chèque à l'ordre du CDSPI.) Total	_____ \$ ou %

SECTION 9 ENTENTE DE PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES

(Facultatif : pour les cotisations par prélèvement automatique)

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 le 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 susmentionné. (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
(le cas échéant)

Jour Mois Année



Signature du codétenteur du compte bancaire
(le cas échéant)

Jour Mois Année

SECTION 10 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 11 DEMANDE D'ADHÉSION ET AUTORISATION

TOUTES LES PERSONNES AUTORISÉES DOIVENT LIRE LA PRÉSENTE SECTION ET Y APOSER LEUR SIGNATURE.

Je demande/nous demandons par les présentes l'établissement d'un compte d'investissement d'entreprise aux termes du contrat ou du contrat collectif établi par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance vie (« 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 modalités du Programme.

Je m'engage/nous nous engageons à respecter les modalités du contrat collectif. 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 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 au Programme, j'autorise/nous autorisons le CDSPI, le CDSPI Services consultatifs Inc. et leurs filiales à échanger et utiliser les informations personnelles 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, échanger 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 ci-dessus 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 dans le cadre du respect des exigences touchant les informations, tel que requièrent l'Agence de revenu du Canada ou autres autorités gouvernementales, et aux fins de l'identification et de l'administration se rapportant au régime collectif ou au fonds collectif.

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.

Je reconnais/nous reconnaissons que le non-paiement de la cotisation annuelle à une association dentaire provinciale ou territoriale (au 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 de la personne autorisée n° 1
(obligatoire)

Jour	Mois	Année		

Signé à

Ville

Province



Signature de la personne autorisée n° 2
(le cas échéant)

Jour	Mois	Année		

Signé à

Ville

Province



Signature de la personne autorisée n° 3
(le cas échéant)

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		

AVIS IMPORTANT :

- **Si vous faites une demande de compte d'investissement pour une société de personnes :** Veuillez fournir un exemplaire de votre enregistrement de société de personnes provincial le plus récent, ainsi que les nom, adresse et profession des associés ayant un intérêt de 25 p. cent ou plus.
- **Si vous faites une demande de compte d'investissement pour une corporation ou un plan de retraite individuel :** Veuillez fournir un exemplaire des statuts constitutifs de votre corporation, son relevé annuel le plus récent (ou un certificat de statut actuel), ainsi qu'une liste de tous les directeurs et des actionnaires (détenant 25 p. cent ou plus des actions énoncées) et leurs nom, adresse et profession.