



RER • COMPTE D'INVESTISSEMENT • FRR DEMANDE

RER · COMPTE D'INVESTISSEMENT · FRR

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

Veillez retourner la demande dûment remplie au :
CDSPI, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4
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 n° : ☐ 62462-G ☐ 62619-G ☐ 62463-G

SECTION 1 TYPE DE COMPTE DÉSIRÉ

Cochez 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

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

Numéro exclusif

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

Numéro exclusif

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 5 DÉTERMINATION DE TIERS

(À remplir *seulement* pour un compte d'investissement ou un compte d'investissement conjoint)

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) :

	Demandeur	Codemandeur*
• Français	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anglais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

	Demandeur	Codemandeur*
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

	Demandeur	Codemandeur*
• Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Oui (si « Oui », fournir signature et date)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

! Signature du demandeur (obligatoire)

_____	Jour	Mois	Année
-------	------	------	-------

! Signature du codemandeur (obligatoire s'il s'agit d'un compte conjoint)

_____	Jour	Mois	Année
-------	------	------	-------

D. Accès à une personne supplémentaire : Je désire accorder à une autre personne l'accès à mon compte.

	Demandeur	Codemandeur*
• Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Oui†	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Renseignements sur le codemandeur requis s'il s'agit d'un compte d'investissement conjoint.

† Si vous désirez qu'une autre personne ait un accès complet à votre compte, vous devez remplir un formulaire de procuration et nous le retourner avec la présente demande. Si vous désirez que l'accès soit limité à l'autorisation de transfert entre les fonds de placement, il vous faudra remplir le formulaire d'autorisation de transfert de fonds et nous le retourner. Pour obtenir ces formulaires, veuillez appeler le CDSPI ou les télécharger à partir du site www.cdspi.com.

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 demandeur*) :

	Demandeur	Codemandeur*
• Bas (Je suis novice dans le domaine du marché et des placements.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Modeste (Je m'y connais un peu et je possède une faible connaissance du marché et des placements.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Avoir net personnel approximatif

(cocher une case pour chaque demandeur*) :

	Demandeur	Codemandeur*
• Moins de 25 000 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 25 000 \$ - 49 999 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 50 000 \$ - 99 999 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 100 000 \$ - 199 999 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 200 000 \$ - 500 000 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Plus de 500 000 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Revenu annuel (cocher une case pour chaque demandeur*) :

	Demandeur	Codemandeur*
• Moins de 25 000 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 25 000 \$ - 49 999 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 50 000 \$ - 74 999 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 75 000 \$ - 125 000 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Plus de 125 000 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Renseignements sur le codemandeur requis s'il s'agit d'un compte d'investissement conjoint.

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) :	<input type="checkbox"/> moins de 1 an
	<input type="checkbox"/> 1 - 3 ans
	<input type="checkbox"/> 3 - 7 ans
	<input type="checkbox"/> plus de 7 ans

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	%	
<hr/>			
Nom du bénéficiaire en sous-ordre (pour la proportion ci-dessus)*	Lien de parenté avec le participant		
<hr/>			
B			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom du bénéficiaire	Lien de parenté avec le participant	%	
<hr/>			
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. Cotation initiale sous forme de** (cocher une case) :

- ☐
- Dépôt
- ☐
- Transfert de placements enregistrés (T2033/T2151)
-
- ☐
- Transfert de placements non enregistrés

B. Veuillez placer ma cotation 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

Veillez 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

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 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 régit 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, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4
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