

Autorisation de transfert de fonds de placement du CDSPI

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

N.B. : La signature manuscrite originale du garant est exigée ; par conséquent, nous ne pouvons pas accepter la présente demande par voie électronique. Veuillez retourner le formulaire dûment rempli par courrier ordinaire à l'adresse ci-dessus.

Destinataires : CDSPI et CDSPI Services Consultatifs Inc.

Objet : Le(s) compte(s) de _____

NOM DU TITULAIRE DU COMPTE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Type(s) et numéro(s) de compte :

TYPE DE COMPTE

NUMÉRO DE COMPTE

TYPE DE COMPTE

NUMÉRO DE COMPTE

J'autorise et demande au CDSPI et au CDSPI Services consultatifs Inc. de permettre à

NOM DE LA PERSONNE AUTORISÉE ET LIEN AVEC LE TITULAIRE DU COMPTE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

(la « personne autorisée ») d'autoriser en mon nom les transferts des fonds détenus dans le(s) compte(s) précisé(s) à destination ou provenant de n'importe lequel des fonds de placement du CDSPI. Ces autorisations peuvent être données au moyen de l'accès électronique à mes comptes de placement, verbalement par téléphone ou par écrit. À cette fin, la personne autorisée peut avoir accès à mon compte ou à mes comptes du Programme de placement par le biais de la section privée du site web de CDSPI.

La personne autorisée peut autoriser l'achat et la vente de parts de fonds et peut, par ailleurs, agir en mon nom de la même manière et avec la même valeur que si j'avais donné moi-même les autorisations ; toutefois, la personne autorisée ne peut pas autoriser le retrait des fonds ou le rachat des actifs du plan, faire des dépôts en mon nom ou effectuer ou changer la désignation de bénéficiaire en ce qui concerne mon ou mes comptes. J'autorise et demande au CDSPI ou au CDSPI Services consultatifs Inc. de se conformer aux directives de la personne autorisée en matière de transfert entre les fonds de placement du CDSPI, et ce sans vérification de ma part.

Le fait de donner la présente autorisation et les présentes directives ne m'empêchera nullement de prendre et d'exécuter des décisions d'investissement au regard du ou des comptes susmentionnés en donnant des directives au CDSPI ou au CDSPI Services consultatifs Inc. ou aux deux au moyen de services en ligne de CDSPI ou en donnant les directives en question oralement ou par écrit.

La présente autorisation et les présentes directives prendront fin dans l'un ou l'autre des trois cas suivants et CDSPI ou CDSPI Services consultatifs Inc. peuvent continuer à traiter avec la personne autorisée jusqu'à ce que l'un des cas suivants se produise :

1. CDSPI ou CDSPI Services consultatifs Inc. ou les deux reçoivent un avis écrit de mon décès ;
2. Je révoque la présente autorisation et les présentes directives en envoyant au CDSPI ou au CDSPI Services consultatifs Inc. ou aux deux un avis écrit ; ou
3. Je suis frappé d'incapacité mentale et un tuteur ou comité ou équivalent est nommé pour gérer mes biens en vertu de la loi applicable et CDSPI ou CDSPI Services consultatifs Inc. ou les deux sont avisés de la nomination en question.

La présente autorisation et les présentes directives me lient ainsi que mes représentants personnels, mes successeurs et mes ayants droit.

N.B. : Le témoin des signatures sur le présent formulaire ne doit pas avoir de lien de parenté avec le titulaire du compte ou avec la personne autorisée.

SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE

DATE

SIGNATURE DU TÉMOIN

J'accepte cette nomination.

SIGNATURE DE LA PERSONNE AUTORISÉE

Si la « personne autorisée » est un participant au Programme de placement, veuillez donner son numéro de compte du Programme de placement aux fins d'identification :

(Si la « personne autorisée » n'est pas un participant au Programme, donnez les renseignements ci-dessous.)

Au sujet de la personne autorisée

(À remplir concernant la personne nommée dans le but d'agir en tant que « personne autorisée » si cette personne en question N'EST PAS un participant au Programme de placement.)

ADRESSE DE DOMICILE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

DATE DE NAISSANCE

LIEN AVEC LE TITULAIRE DU COMPTE

Pièces d'identification valides*

(Remplissez la section ci-dessous et incluez une photocopie de deux pièces d'identification valides.)*

PIÈCE D'IDENTITÉ

NUMÉRO DE LA
PIÈCE D'IDENTITÉ

DATE D'EXPIRATION

LIEU D'ÉTABLISSEMENT

PIÈCE D'IDENTITÉ

NUMÉRO DE LA
PIÈCE D'IDENTITÉ

DATE D'EXPIRATION

LIEU D'ÉTABLISSEMENT

* Les pièces d'identification valides comprennent notamment :

- i) Une carte attestant l'âge de la majorité émise par le gouvernement, l'acte de naissance, le permis de conduire, un passeport ou la carte nationale d'identité et
- ii) Une deuxième pièce d'identité parmi celles mentionnées à i) ou une carte de crédit émise par une banque à charte canadienne.

Avis important : Au moins une pièce d'identification valide doit comporter une photo de la personne autorisée.