

Établissement d'un formulaire d'inscription au CELI pour le conjoint participant

1 La présente section confirme à Manuvie que le demandeur peut s'inscrire au régime. À titre d'administrateur du régime, veuillez remplir cette section, puis y apposer votre signature ainsi que la date.

Le numéro de certificat peut être fourni par vous ou créé par Manuvie.

2 L'étape 1 doit être remplie par l'employé/le participant.

3 Les étapes 2 à 7 doivent être remplies par le conjoint participant qui est le titulaire du CELI.

4 Pour s'assurer que les prestations sont versées de façon appropriée, le titulaire doit désigner un bénéficiaire.

5 Les titulaires du Québec doivent indiquer si la désignation est révoicable ou irrévocable :

- ▶ Révoicable = le bénéficiaire peut être modifié en tout temps
- ▶ Irrévocable = le bénéficiaire peut être modifié seulement si le bénéficiaire actuel y consent par écrit

6 Si le bénéficiaire est un mineur, la désignation d'un fiduciaire est exigée (s'applique uniquement aux participants de l'extérieur du Québec).

7 Le formulaire d'inscription doit être signé par le titulaire à tous les endroits où une signature est requise. Si une signature est manquante, le formulaire sera retourné.



Veuillez nous aviser immédiatement de tout changement d'adresse du participant.

Régime compte d'épargne libre d'impôt
Formulaire d'inscription - conjoint du salarié/participant

Régimes d'épargne et de retraite collectifs
CP 11464 SUCC. CENTRE VILLE
MONTREAL QC H3C 5M3
Téléphone : 1-800-242-1704
Télécopieur : 1-866-499-4480

Attention :
La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturiers exige en tout temps le formulaire d'inscription original rempli afin que les capitaux puissent être investis dans les plus brefs délais.

Le conjoint du salarié/participant est le titulaire du régime

Pour que votre compte soit admissible comme compte d'épargne libre d'impôt (CELI) en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada), vous devez être âgé d'au moins 18 ans et être un résident du Canada.
(conjoint désigne aussi le conjoint de fait au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada))

Pour transférer des capitaux au régime en franchise d'impôt, composez le 1-800-242-1704

Avant de nous envoyer le formulaire d'inscription, veuillez faire remplir les champs ombragés par le responsable du régime/l'employeur/l'organisation.

En signant,
Je demande de participer au régime compte d'épargne libre d'impôt du responsable du régime/l'employeur/l'organisation ou tout autre régime (régime remplaçant) dans lesquels pourraient être transférés mes droits et prestations, y compris un transfert effectué à la suite de l'application des dispositions par défaut en vertu du régime. J'accepte d'être lié par les dispositions du régime, d'un régime remplaçant et par toutes les règles administratives établies par le responsable du régime/l'employeur/l'organisation.

Fautrice également :

- le responsable du régime/l'employeur/l'organisation à agir en mon nom à titre d'agent pour la constitution des prestations en vertu du régime;
- Manuvie à produire un choix visant à enregistrer mon régime comme étant un compte d'épargne libre d'impôt en vertu du paragraphe 146.2 de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et toute autre loi de l'impôt sur le revenu provinciale, s'il y a lieu; et
- le responsable du régime/l'employeur/l'organisation, Manuvie, ses sociétés affiliées et ses partenaires d'impartition, tout émetteur remplaçant, les tiers administrateurs, mes institutions financières et tout intermédiaire de marché autorisé qui participent à la vente ou à l'administration du régime, du régime remplaçant ou de tout autre régime dans lesquels pourraient être transférés mes droits et prestations, à échanger mes renseignements personnels (y compris mes renseignements bancaires) lorsque requis en raison de leur participation.

Je reconnais que les renseignements personnels fournis sont strictement confidentiels et uniquement utilisés, échangés et conservés aux fins du présent régime. J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements fournis à la présente sont véridiques, exacts et complets.

1 Client n° : _____ **Nom du client :** _____

2 Autorisation du responsable du régime/de l'employeur/de l'organisation

Date d'entrée en service du salarié/participant (aaaa/mm/j)	Date d'inscription du salarié/participant au régime (aaaa/mm/j)	Certificat n° du salarié/participant
_____	_____	_____
Nom du sous-groupe	Sous-groupe n°	Catégorie
_____	_____	_____
Date d'inscription du titulaire au régime (aaaa/mm/j)	Certificat n° du titulaire	
_____	_____	
Signature _____	(en majuscules)	Date (aaaa/mm/j) _____
X		

3 Étape 1 – Renseignements sur le salarié/participant

Nom _____ Prénom _____ Autre prénom (initiale) _____

Date de naissance (aaaa/mm/j) _____ État matrimonial _____ Numéro d'assurance sociale (exigé par la loi aux fins de déclaration du revenu) _____

4 Étape 2 – Renseignements sur le titulaire

Nom _____ Prénom _____ Autre prénom (initiale) _____

Date de naissance (aaaa/mm/j) _____ État matrimonial _____ Numéro d'assurance sociale (exigé par la loi aux fins de déclaration du revenu) _____

Adresse électronique _____

Adresse (domicile) _____ Ville _____

Province _____ Code postal _____ (Travail) Indicateur régional et téléphone _____ (Domicile) Indicateur régional et téléphone _____

Sexe masculin féminin Langue français anglais

5 Étape 3 – Renseignements sur le titulaire remplaçant et le bénéficiaire du titulaire

Renseignements sur le titulaire remplaçant:
Vous devez fournir ces renseignements si vous souhaitez nommer votre conjoint en tant que titulaire remplaçant de votre compte (s'il s'agit de votre conjoint survivant au moment de votre décès). Par "conjoint" nous entendons également "conjoint de fait" au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

Nom _____ Prénom _____ Autre prénom (initiale) _____

Date de naissance (aaaa/mm/j) _____ Numéro d'assurance sociale (exigé par la loi aux fins de déclaration du revenu) _____

(Travail) Indicateur régional et téléphone _____ (Domicile) Indicateur régional et téléphone _____

Sexe masculin féminin

La présente désignation de titulaire remplaçant ne sera pas valide si la personne désignée n'est pas mon conjoint au moment de mon décès ou si elle décède avant moi.

Renseignements sur le(s) bénéficiaire(s):
Vous devez fournir ces renseignements si vous n'avez pas désigné de titulaire remplaçant ou au cas où ce dernier décéderait avant vous ou qu'il n'était plus votre conjoint au moment de votre décès.

Advenant mon décès, je demande que toute somme payable en vertu du régime, à la date de mon décès ou ultérieurement, soit versée :

à ma succession
OU au(x) bénéficiaire(s) suivant(s)

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien	Part (%)
_____	_____	_____	_____	_____

Doit totaliser 100 %

Advenant que votre titulaire remplaçant ou votre bénéficiaire décède avant vous, nous verserons les prestations en vertu du régime à tout bénéficiaire survivant ou, en l'absence d'un bénéficiaire survivant ou de la désignation d'un bénéficiaire, à votre succession. Toute désignation de bénéficiaire est révoicable.

6 À remplir si vous avez désigné votre conjoint comme bénéficiaire (participant du Québec)
Au Québec, la désignation de votre conjoint, avec qui vous êtes marié ou uni civilement, à titre de bénéficiaire, est irrévocable, sauf indication contraire ci-après. Si vous avez désigné votre conjoint comme bénéficiaire, le fait de vous réserver le droit de révoquer toute désignation de bénéficiaire facilitera toute demande ultérieure de changement de bénéficiaire. Une désignation irrévocable ne peut être modifiée que si le bénéficiaire signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire.

La désignation de mon bénéficiaire est **RÉVOicable**. OU La désignation de mon bénéficiaire est **IRRÉVOicable**.

Signature du titulaire _____ Signature du titulaire _____

7 Désignation de fiduciaire (toutes les provinces sauf le Québec)
Advenant que mon bénéficiaire soit mineur à la date à laquelle les prestations de décès sont payables, je désigne la personne suivante, à titre de fiduciaire, aux fins de recevoir les prestations au nom du bénéficiaire, de détenir les prestations jusqu'à ce que mon bénéficiaire atteigne l'âge de la majorité et de donner une quittance valide à Manuvie relativement au versement desdites prestations :

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Téléphone () _____ () _____

(Travail) Indicateur régional et téléphone _____ (Domicile) Indicateur régional et téléphone _____

8 Étape 4 – Dépôt forfaitaire (remplir la partie au verso)
Dépôt forfaitaire de _____ \$ (chèque ci-joint à l'ordre de Manuvie)

9 Étape 5 – Signature

Signature du titulaire (obligatoire) _____ (en majuscules) _____ Date (aaaa/mm/j) _____

X _____

