

Demande de retrait pour un RER collectif structuré Option Plus

Dans la présente demande, "Empire Vie" s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Employeur/association		Numéro de régime	Numéro de certificat
Nom de famille du titulaire		Prénom	Initiales
Adresse (numéro, rue)			
Ville		Province	Code postal

Demande de rachat

- Rachat complet du certificat
 J'ai joint mon certificat de participation ou Je déclare le certificat perdu, égaré ou détruit
 Rachat partiel du certificat pour un montant de _____ \$ net brut
 Rachat partiel des cotisations de l'employé cotisations de l'employeur/association

Retrait à partir de

Options à intérêt garanti	Montant (% ou \$)	Options de fonds distincts	Montant (% ou \$)
Période de 1 an		Fonds d'actions canadiennes - Cat.A	
Période de 2 ans		Fonds d'actions Élite - Cat.A	
Période de 3 ans		Fonds d'actions de petites sociétés - Cat.A	
Période de 4 ans		Fonds de valeur américaine - Cat.A	
Période de 5 ans		Fonds indiciel d'actions américaines - Cat.A	
Autre période (veuillez préciser)		Fonds équilibré mondial - Cat.A	
Option de trésorerie		Fonds d'actions mondial - Cat.A	
Options de fonds distincts		Fonds mondial de petites sociétés - Cat.A	
Fonds du marché monétaire - Cat.A		Fonds d'actions étrangères - Cat.A	
Fonds d'obligations - Cat.A		Fonds de portefeuille conservateur - Cat.A	
Fonds de revenu - Cat.A		Fonds de portefeuille équilibré - Cat.A	
Fonds équilibré - Cat.A		Fonds de portefeuille de croissance modérée - Cat.A	
Fonds de répartition de l'actif - Cat.A		Fonds de portefeuille de croissance - Cat.A	
Fonds mondial de dividendes - Cat.A		Fonds de portefeuille de croissance dynamique - Cat.A	
Fonds de dividendes - Cat.A			

Directives spéciales

Déclaration et autorisation

Je comprends et consens à ce que :

- les demandes présentées dans ce formulaire soient traitées conformément aux règles administratives de l'Empire Vie ainsi qu'aux dispositions et aux minimums applicables au régime.
- tout rachat au titre du certificat soit de la responsabilité du titulaire.

Une photocopie ou une image numérisée de la présente autorisation dûment signée a la même valeur que l'original.

Signature du titulaire X	Signature du témoin X	Date (jj/mmm/aa)
Le(s) bénéficiaire(s) irrévocable(s) soussigné(s) consent(ent) à la demande de retrait.		
Signature du (des) bénéficiaire(s) irrévocable(s) (s'il y a lieu) X		Date (jj/mmm/aa)

Employeur/association

Nous avons pris connaissance du rachat complet/partiel demandé par le titulaire du certificat.

Nom de l'employé (si autre que le rentier) X	Date de cessation d'emploi (jj/mmm/aa)
Signataire autorisé de l'employeur/association X	Nom et titre du signataire autorisé (en lettres moulées) Date (jj/mmm/aa)

^{MC} Marque de commerce de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

