

AUTORISATION DE TRANSFERT DE PLACEMENT RELATIVE À CATÉGORIE, À CATÉGORIE PLUS 2, À CATÉGORIE PLUS 2.1, À CATÉGORIE PLUS 3.0 ET LES FONDS DE PLACEMENT GARANTI (FPG)

Dans le présent formulaire, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

1. Information sur le titulaire			
Prénom du titulaire		Initiale	Nom de famille
Adresse (numéro, rue)			
Ville		Province	Code postal
Numéro d'assurance sociale		Numéro de téléphone personnel	Numéro de téléphone au travail
2. Information sur l'établissement qui reçoit le transfert (à remplir par le conseiller)			
L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie 259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8 Téléphone : 1 800 561-1268 Télécopieur : 1 866 762-6163			
Nouveau placement – numéro de la proposition		Numéro du contrat existant (remplissez les directives de placement)	
Type de régime : <input type="radio"/> Non enregistré <input type="radio"/> Enregistré – indiquez le type d'enregistrement :			
<input type="radio"/> REER <input type="radio"/> REER de conjoint <input type="radio"/> RERI <input type="radio"/> CRI <input type="radio"/> REIR <input type="radio"/> CELI <input type="radio"/> FERR <input type="radio"/> FERR de conjoint <input type="radio"/> FRV <input type="radio"/> FRRI <input type="radio"/> FRRP <input type="radio"/> FRVR			
Confirmation d'immobilisation (s'il y a lieu)			
L'Empire Vie accepte d'administrer tous les fonds immobilisés transférés en vertu de la présente autorisation conformément à la législation sur les pensions applicable indiquée à la section 4. L'Empire Vie autorise le conseiller à accepter la responsabilité en son nom pour le transfert de fonds immobilisés demandé dans ce document. Le conseiller n'est pas autorisé à accepter de responsabilité au nom de l'Empire Vie à d'autres fins.			
Signataire autorisé			
X			
Directives de placement – Ne remplissez pas cette section si le transfert s'applique à une nouvelle proposition.			
Nom du fonds	Frais d'entrée	Code de fonds	<input type="radio"/> % de la valeur totale ou <input type="radio"/> montant en \$
	%		
	%		
	%		
	%		
	%		
	%		
Prénom du conseiller		Nom de famille	
Code de conseiller		Code de courtier/représentant	Téléphone au travail
		-	-

3. Directives à l'établissement cédant les fonds

Nom de l'établissement cédant les fonds	Numéro du compte/contrat
---	--------------------------

Adresse (numéro, rue)

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

Par la présente, je demande le transfert, **AU COMPTANT**, du compte/contrat précité à l'Empire Vie comme suit :

totalité de la valeur **OU** retrait partiel, comme il est indiqué ci-dessous :

Nom du fonds ou description du placement	Code de fonds (s'il y a lieu)	<input type="radio"/> % du placement total ou <input type="radio"/> montant en \$

J'autorise le retrait de la totalité ou d'une partie de mes placements, comme il est indiqué ci-dessus. J'accepte que la valeur de mes placements soit réduite par tous les frais, toutes les charges ou tous les rajustements qui s'appliquent.

Signature du titulaire du compte/contrat X	Date j j m m a a a a
--	---------------------------------------

Signature du 2 ^e signataire autorisé (s'il s'agit d'une société titulaire ou d'un titulaire conjoint) X	Date j j m m a a a a
--	---------------------------------------

Signature du bénéficiaire irrévocable (s'il y a lieu) Je consens au transfert de la valeur du compte/contrat comme il est indiqué ci-dessus. X	Date j j m m a a a a
---	---------------------------------------

4. Réserve à l'usage de l'établissement cédant les fonds

Type de régime : Non enregistré Enregistré – indiquez le type d'enregistrement :

<input type="radio"/> REER <input type="radio"/> RERI <input type="radio"/> CRI <input type="radio"/> REIR <input type="radio"/> FERR <input type="radio"/> FRV <input type="radio"/> FRRI <input type="radio"/> FRRP <input type="radio"/> FRVR <input type="radio"/> CELI Si FERR/FRV, est-il : <input type="radio"/> Admissible <input type="radio"/> Non admissible	Montant du transfert \$
--	-------------------------

Régime de conjoint? non oui – veuillez préciser ce qui suit :

Prénom du cotisant	Nom de famille	Numéro d'assurance sociale
--------------------	----------------	----------------------------

Fonds de pension immobilisés? non oui – veuillez préciser ce qui suit :

Législation applicable	Source des fonds - nom du régime de retraite	Numéro d'enregistrement
------------------------	--	-------------------------

Date la plus proche à laquelle les paiements de revenu de retraite peuvent commencer (CRI, RERI seulement) : j | j | m | m | a | a | a | a

Les fonds transférés n'ont pas été calculés ont été calculés en fonction du sexe du titulaire/rentier.

Nous certifions qu'au mieux de notre connaissance les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Si des sommes sont transférées d'un fonds de revenu de retraite (FERR, FRV, FRRI, FRRP, FRVR), nous confirmons que le revenu minimal a été versé pour l'année d'imposition en cours.

Signataire autorisé X	Titre ou poste	Date j j m m a a a a
---------------------------------	----------------	---------------------------------------