

AUTORISATION DE TRANSFERT DE PLACEMENT RELATIVE À UN CONTRAT À INTÉRÊT GARANTI

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

1. Information sur le titulaire

Nom du titulaire (prénom, second prénom, 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 : 1 800 419-4051

Nouveau placement – numéro de la proposition

Numéro du contrat existant (remplissez les directives de placement)

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

REER REER de conjoint RERI CRI REIR CELI FERR FERR de conjoint FRV FRRR FRRP 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

Directives de placement – Ne remplissez pas cette section si le transfert s'applique à une nouvelle proposition.

Option à intérêt quotidien – Montant : \$

Option à intérêt garanti (dépôt minimal de 500 \$)	Versement de l'intérêt simple	Montant <input type="radio"/> \$ ou <input type="radio"/> %	Période	Taux d'intérêt	Garantie de taux?
Option d'intérêt composé	s.o.			%	<input type="radio"/> oui
Option d'intérêt composé	s.o.			%	<input type="radio"/> oui
Option d'intérêt simple	<input type="radio"/> Versement <input type="radio"/> Transfert			%	<input type="radio"/> oui
Option d'intérêt simple	<input type="radio"/> Versement <input type="radio"/> Transfert			%	<input type="radio"/> oui

Versement ou transfert de l'intérêt simple à l'option à intérêt quotidien : Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel

Échelonnement composé	Période	Dépôt total	\$	Taux d'intérêt	Garantie de taux?
Échelonnement sur 3 ans Nous réinvestirons les placements automatiquement pour une période de 3 ans, à moins d'indication contraire.	1 an		\$ OU %	%	<input type="radio"/> oui
	2 ans		\$ OU %	%	<input type="radio"/> oui
	3 ans		\$ OU %	%	<input type="radio"/> oui
Échelonnement sur 5 ans Nous réinvestirons les placements automatiquement pour une période de 5 ans, à moins d'indication contraire.	1 an		\$ OU %	%	<input type="radio"/> oui
	2 ans		\$ OU %	%	<input type="radio"/> oui
	3 ans		\$ OU %	%	<input type="radio"/> oui
	4 ans		\$ OU %	%	<input type="radio"/> oui
	5 ans		\$ OU %	%	<input type="radio"/> oui

Nom du conseiller

Code de courtier/
représentant

Téléphone au travail

3. Directives à l'établissement cédant les fonds

Nom de l'établissement cédant les fonds		Numéro de 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 : <input type="radio"/> totalité de la valeur OU <input type="radio"/> 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 (jj/mm/aaaa)	
Signature du 2^e signataire autorisé (s'il s'agit d'une société titulaire ou d'un titulaire conjoint) X		Date (jj/mm/aaaa)	
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 (jj/mm/aaaa)	

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

Type de régime : <input type="radio"/> Non enregistré <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui – veuillez préciser ce qui suit :		
Nom du cotisant (prénom, second prénom, nom de famille)		Numéro d'assurance sociale
Fonds de pension immobilisés? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> 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) _____ (jj/mm/aaaa) Les fonds transférés <input type="radio"/> n'ont pas été calculés <input type="radio"/> 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 (jj/mm/aaaa)