

AUTORISATION DE TRANSFERT DE PLACEMENT RELATIVE À UNE POLICE ÉLITE OU ÉLITE XL

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 de la police existante (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
Directives de placement Ne remplissez pas cette section si le transfert s'applique à une nouvelle proposition.			<input type="radio"/> % de la valeur totale ou <input type="radio"/> montant en \$
<input type="radio"/> Option de trésorerie			
<input type="radio"/> Option à intérêt garanti (OIG) – période : _____ an(s)			
<input type="radio"/> Fonds distincts – Nom du fonds		Code de fonds	<input type="radio"/> % de la valeur totale ou <input type="radio"/> montant en \$
Nom du conseiller			
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/de la police	
Adresse (numéro, rue)	Ville	Province	Code postal
Par la présente, je demande le transfert, AU COMPTANT , du compte/de la police précité(e) à l'Empire Vie comme suit : <input type="radio"/> totalité de la valeur OU <input type="radio"/> rachat 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 total du placement ou <input type="radio"/> montant en \$	
J'autorise le rachat de la totalité ou d'une partie de mes placements, comme il est indiqué ci-dessous, et 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/de la police 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/de la police indiqué(e) ci-dessus X			Date (jj/mm/aaaa)

4. Réservé 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 complets et exacts. 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)