

N° client : 3 _____ - _____ - _____ OU N° contrat : 5 _____ - _____ - _____

1 IDENTIFICATION DU PRENEUR

Sexe: Masculin Féminin

Nom _____ Prénom _____ NAS _____

Adresse _____

2 DESCRIPTION DU TRANSFERT (institution cédante)

En provenance de: RPA CRI/RERI FRV FRVR REIR

Nom de l'institution ou de l'employeur qui cède les fonds _____ Ind. rég. _____ Télécopieur _____

Adresse _____

3 DESTINATAIRE (institution cessionnaire)

Le preneur demande que les sommes soient transférées dans son: CRI/RERI FRV FRVR REIR

À l'adresse suivante: La Capitale assureur de l'administration publique inc., Épargne et placements, 625, rue Jacques-Parizeau, 7^e étage, Québec (Québec) G1R 2G5
Téléphone: 1 888 703 4480 Télécopieur: 1 855 896-9480

La Capitale assureur de l'administration publique inc. (l'institution cessionnaire) confirme que tous les capitaux immobilisés en vertu du régime enregistré désigné à la section 2 seront transférés dans le type de régime enregistré désigné à la section 3 et continueront à être gérés conformément à la législation régissant la retraite ou aux dispositions contractuelles de _____ (législation applicable)*. Tout transfert subséquent de ces capitaux immobilisés à une autre institution financière ne sera fait que dans un autre régime enregistré, lequel doit continuer à être géré conformément à la législation du territoire mentionnée précédemment. Aucun transfert de capitaux immobilisés ne sera autorisé à moins que le régime destinataire ne soit dûment enregistré et conforme à la législation et aux règlements en vigueur concernant la retraite, ainsi qu'à la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada et qu'il figure sur la liste du surintendant des institutions financières autorisées à gérer des fonds dans le territoire mentionné précédemment.

* Seuls les régimes de l'Ontario émis à partir du 1^{er} janvier 2008 sont acceptés.

Pour les transferts des régimes immobilisés du Nouveau-Brunswick, vous devez également joindre le formulaire « Dossier du transfert des fonds de retraite immobilisé ».

4 SIGNATURES

Fait à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

L'institution cessionnaire

Nom de la personne autorisée (en lettres moulées) _____ Signature de la personne autorisée _____

L'institution cédante

Nom de la personne-ressource (en lettres moulées) _____ Signature de la personne-ressource _____ Ind. rég. _____ Téléphone _____

