Demande d'autorisation de transfert

Assomption Vie

EFFACER

1. Identification du client (Titulaire du compte/contrat/entité)

Nom de l'individu ou de l'entité | Prénom | Date de naissance

Adresse | Ville | Province | Code postal

N° d'assurance sociale | N° de téléphone : Résidence | Bureau

NOM DU COTITULAIRE DU COMPTE (LE CAS ÉCHÉANT)

Nom | Prénom | Date de naissance

Adresse | Ville | Province | Code postal

N° d'assurance sociale | N° de téléphone : Résidence | Bureau

2. Renseignements sur l'institution destinataire

Nous acceptons les transferts via FundServ A$M - Code ALM

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE VIE

Nom de l'institution destinataire

770 rue Main	Moncton	N.-B.	E1C 8L1
Adresse	Ville	Province	Code postal

(506) 853-6040	(506) 853-9369		
Téléphone	Télécopieur	N° du contrat collectif (le cas échéant)	N° du compte/contrat du client

Type de placement :

☐ RER ☐ CRI ☐ REIR ☐ FRR ☐ FRV ☐ CELI
☐ RER de conjoint ☐ RER immobilisé ☐ NON-ENR* ☐ FRR de conjoint ☐ FRVR ☐ CELIAPP

** Pour les transferts non enregistrés: s'il vous plaît vous assurer que votre client est conscient qu'il peut y avoir des conséquences fiscales.*

5414-00F-OCT26

3. Directives du client à l'institution cédante

Nom de l'institution cédante

Adresse | Ville | Province | Code postal

Télécopieur | N° du compte/contrat du client

Transfert au comptant (cocher une case seulement) : ☐Total* ☐Partiel* Voir liste ci-dessous ou ci-jointe
**Voir la déclaration en caractères gras figurant à la partie Autorisation du client ci-dessous.*

Description du placement		
Montant du placement	$ ou %	Symbole et/ou n° du titre ou du contrat
Description du placement		
Montant du placement	$ ou %	Symbole et/ou n° du titre ou du contrat
Description du placement		
Montant du placement	$ ou %	Symbole et/ou n° du titre ou du contrat

4. Autorisation du client

Je demande par la présente le transfert de mes placements tel que précisé ci-dessus.

*J'AUTORISE LA LIQUIDATION DE TOUT OU D'UNE PARTIE DE MES PLACEMENTS ET J'ACCEPTE D'ACQUITTER TOUS LES FRAIS ET TOUS LES RAJUSTEMENTS APPLICABLES À CETTE OPÉRATION.

Signature du titulaire du compte _____ Date _____

Signature du bénéficiaire irrévocable (le cas échéant) _____ Date _____
Je consens au transfert mentionné ci-dessus.

RÉSERVÉ À L'INSTITUTION CÉDANTE

Type de placement enregistré :

☐RER ☐RER de conjoint ☐CRI ☐RER Imm. ☐REIR ☐FRR - ☐admissible ou ☐non adm.
☐FRR de conjoint ☐FRV ☐FRVR ☐CELI ☐CELIAPP ☐NON-ENR

Versement FRR minimum calculé selon l'âge du conjoint : ☐Oui Date de naissance: ____ / ____ / ____ ☐Non
jour mois année

Régime au bénéfice du conjoint : ☐Non ☐Oui _____ | | | | | | | | | |
Nom du conjoint N°. d'assurance sociale

Fonds Immobilisé : ☐Non ☐Oui (confirmation ci-jointe) _____ $ _____
Montant Loi applicable

Nom de la personne ressource _____ N°. Téléphone _____ N°. Télécopieur _____

Signature autorisée _____ Date _____

5414-00F-OCT26