

Prénom										Nom																			
Adresse										Ville										Province					Code postal				
										No de téléphone :																			
N° d'assurance sociale										Résidence										Bureau									

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

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 (<i>le cas échéant</i>)	N° du compte/contrat du client

☐ 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.*

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)
Je consens au transfert mentionné ci-dessus.

Date

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 ☐ Non Date de naissance: ____ / ____ / ____
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