

PARTIE 1 – IDENTIFICATION DU CLIENT

Nom de famille du titulaire de la police / du compte		Prénom et initiale du second prénom	
Adresse			Code postal
Numéro d'assurance sociale	Numéro de téléphone à la maison	Numéro de téléphone au travail	

PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L'INSTITUTION DESTINATAIRE

Raison sociale de l'institution destinataire LONDON LIFE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE	Adresse À l'attention des Services de retraite collectives La Great-West, compagnie d'assurance-vie 1450-2001 rue University, Montréal, QC H3A 1T9		
Les services relatifs au présent régime sont fournis par La Great-West, compagnie d'assurance-vie (La Great-West). Le régime a été établi par la London Life, Compagnie d'Assurance-Vie (London Life), une filiale de la Great-West.			
Nom de la personne-ressource	Numéro de téléphone et poste	Numéro de télécopieur	
		514 877 - 0204	
Nom de l'employeur / du répondant du régime	Numéro de régime	Type de régime <input type="checkbox"/> REER <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RPDB	

Directives de placement (sans directives spécifiques, les sommes seront déposées selon vos directives actuelles)

Nom du fonds ou du placement	% ou montant \$

PARTIE 3 – DIRECTIVES DU CLIENT À L'INSTITUTION QUI CÈDE LES FONDS

Raison sociale de l'institution qui cède les fonds		
Adresse		Code postal
Numéro du compte / de la police du client	Transfert de la valeur <u>en espèces</u> du compte / de la police (ne cocher qu'une seule case) <input type="checkbox"/> En entier <input type="checkbox"/> Somme partielle indiquée plus bas ou sur la liste ci-incluse	
* Prière de lire le texte en caractères gras dans la partie « Autorisation du client » ci-dessous. Réservé à l'institution qui cède les fonds		
Montant du placement (\$)	Symbole et/ou numéro de police/certificat	Reporter le transfert au (jj mmm aaaa)
Description du placement		
Montant du placement (\$)	Symbole et/ou numéro de police/certificat	Reporter le transfert au (jj mmm aaaa)
Description du placement		

PARTIE 4 – AUTORISATION DU CLIENT

Par la présente, je demande que les fonds placés dans mon compte soient transférés selon ce qui est indiqué ci-dessus. J'ai demandé un transfert en espèces et j'autorise la liquidation de l'intégralité ou d'une partie de mes placements. Je consens par ailleurs à payer tous les frais, charges ou rajustements applicables.

X	Signature du titulaire de la police / du compte	Date
X	Signature du bénéficiaire privilégié ou irrévocable (le cas échéant)	Date

PARTIE 5 – ACCEPTATION DE L'INSTITUTION DESTINATAIRE

L'institution destinataire précitée accepte d'exécuter la demande de transfert indiquée ci-dessus et à la réception des fonds et de la demande d'adhésion au régime, elle portera les fonds au crédit du rentier ou du participant aux termes du numéro du régime ou du compte précisé.

Date	Signature autorisée <i>Jiana Tremblay</i>	Services de retraite collectifs Poste ou bureau
------	--	--

PARTIE 6 – RÉSERVÉ À L'INSTITUTION QUI CÈDE LES FONDS

Type d'enregistrement <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RPDB <input type="checkbox"/> REER (personnel) <input type="checkbox"/> REER (conjoint) – Nom du conjoint	Numéro d'assurance sociale		
Fonds immobilisés <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – Confirmation ci-jointe			
Montant immobilisé	Montant selon le sexe \$	Montant unisexe \$	Loi applicable
Nom la personne-ressource	Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur
Signature de la personne autorisée	Poste		Date