

Autorisation de transfert de placements enregistrés – Fonds de placement garanti (FPG) Sun Life

(REER, CRI, REIR, FERR, FRV, FRRR, FRR, REER immobilisé, FRVR, CELI)

Veillez noter : Les données inscrites sur ce formulaire pourraient être numérisées et archivées électroniquement.

Veillez écrire en caractères d'imprimerie dans les espaces prévus pour faire en sorte que le formulaire soit lu de façon complète et exacte lors de la numérisation.

Le présent formulaire peut être utilisé pour tous les transferts de fonds enregistrés, à l'exception des transferts par suite d'un décès ou de la rupture du mariage.

Renseignements sur le propriétaire

Nom de famille du propriétaire		Prénom	
Adresse (numéro et rue)			Ville
Province	Code postal	Numéro d'assurance sociale	Numéro de téléphone

Directives à l'intention de l'institution cessionnaire (à qui faire parvenir une copie des directives)

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
30, rue Adelaide Est, bureau 1
Toronto (Ontario) M5C 3G9
Tél. : 1-844-374-1375
Télééc. : 1-855-247-6372

Pour les paiements faits avec l'outil A\$M de Fundserv à **SLF**.

Numéro du contrat (obligatoire)	Numéro/code du courtier/distributeur
Nom de famille du conseiller	Prénom du conseiller
Numéro/code du conseiller	Numéro de téléphone (bureau)

Type d'enregistrement (choisir un type d'enregistrement) :

- REER REER de conjoint FERR FERR de conjoint CELI CRI
 FRRR FRVR REIR REER immobilisé FRV

S'il n'y a pas de directives de placement pour le transfert, l'argent sera placé dans le Fonds du marché monétaire Sun Life – Solutions FPG Sun Life Placement A (SLF SI153).

Directives de placement :

Code du fonds	Nom du fonds	Frais de souscription initiaux (s'il y a lieu)	Montant <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/> %
		%	
		%	
		%	
		%	
		%	
		%	
		%	

Directives à l'intention de l'institution cédante (à qui faire parvenir l'original des directives)

Nom de l'institution cédante		Adresse (numéro et rue)	
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur de l'institution cédante	
Numéro du contrat (obligatoire)	OU	Numéro du régime collectif	Numéro du certificat du participant

Transfert : (cochez une case seulement)

- Totalité au comptant**
- Totalité de l'actif** au comptant et en nature - voir tableau ci-dessous ou liste ci-jointe signée par le client.
- Totalité en nature**
- Transfert partiel**. Voir tableau ci-dessous ou liste ci-jointe signée par le client.

**Pour les transferts au comptant, veuillez vous reporter à l'énoncé en gras dans la section Autorisation du client ci-dessous. Pour les transferts en nature, veuillez confirmer que l'actif peut être transféré en nature.

	Montant	Symbole et/ou numéro du certificat ou du contrat	Description
<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> Partiel	\$		
<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> Partiel	\$		
<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> Partiel	\$		
<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> Partiel	\$		
<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> Partiel	\$		
<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> Partiel	\$		

Réservé à l'usage de l'institution cédante

Type d'enregistrement : REER REER de conjoint FERR FERR de conjoint CELI CRI
 REER immobilisé FRV FRRI FRRR REIR FRVR
(Admissible Non admissible)

Régime du conjoint : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui : Nom de famille du conjoint	Prénom	Numéro d'assurance sociale
Placement immobilisé : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, joindre la confirmation d'immobilisation	Autorité compétente en matière de régimes de retraite	
Nom de famille de la personne-ressource	Prénom	Numéro de téléphone	
Signataire autorisé X			Date (jj-mm-aaaa)

Autorisation du propriétaire

Je demande par la présente le transfert de fonds de la façon précisée ci-dessus. J'autorise la liquidation de la totalité ou d'une partie de mes placements et j'accepte d'acquitter tous les frais et tous les rajustements applicables à ce transfert.

Signature du propriétaire du contrat X	Date (jj-mm-aaaa)
--	-------------------

Bénéficiaire irrévocable : Je consens au transfert du contrat et comprends que je ne peux pas être le bénéficiaire irrévocable du contrat où seront transférés les fonds.

Signature du bénéficiaire irrévocable (s'il y a lieu) X	Date (jj-mm-aaaa)
---	-------------------

Autorisation du propriétaire (suite)

Signature garantie par :

Nom de famille	Prénom	
Numéro/code du courtier/distributeur	Numéro/code du conseiller	
Signataire autorisé X		Date (jj-mm-aaaa)

Coordonnées :

Numéro sans frais (en français) : 1-844-374-1375

Numéro sans frais (en anglais) : 1-844-753-4437

Télécopieur : 1-855-247-6372

www.placementsmondiauxsunlife.com

Envoyer le formulaire à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

30, rue Adelaide Est, bureau 1

Toronto (Ontario) M5C 3G9 Canada

Annexe

Confirmation d'immobilisation (s'applique aux contrats immobilisés seulement)

Conformément à la législation en vigueur sur la retraite, nous reconnaissons et confirmons que le compte indiqué ci-dessus est un compte immobilisé et qu'il est détenu en fidéicomis par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie comme condition du transfert. Par la présente, le soussigné confirme qu'il accepte d'être lié, par les conditions suivantes :

1. Toute fraction des fonds transférés au compte susmentionné sera gérée conformément à la législation suivante :

- Les lois sur les pensions en vigueur dans la province de _____ et les règlements pertinents s'y rapportant.
- La loi de 1985 sur les normes de prestation de pension (fédéral) et les règlements pertinents s'y rapportant.

Les fonds transférés continueront d'être gérés en vertu de l'entente relative à l'immobilisation des fonds par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

2. Tout transfert subséquent de ces fonds immobilisés à un autre fiduciaire ou à une autre institution ne sera fait qu'à un régime dont les conditions prévoient que les fonds continueront à être gérés conformément aux exigences des lois et règlements sur les pensions applicables.

Nom de famille	Prénom	
Signataire autorisé X		Date (jj-mm-aaaa)