

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

Section A IDENTIFICATION DU PRENEUR

<input type="checkbox"/> Masculin	Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
<input type="checkbox"/> Féminin			
Adresse			

Section B MONTANT À TRANSFÉRER

Je demande le transfert en argent (seulement) total ou partiel _____ \$

Numéro de régime : _____

_____ Numéro de compte _____ Numéro de compte _____ Numéro de compte _____ Numéro de compte

Nom de l'institution qui cède les fonds : _____ Numéro de télécopieur : _____

Adresse : _____

Section C DESTINATAIRE

Je demande que les sommes soient transférées dans mon : Régime non enregistré CELI REER REER conjoint

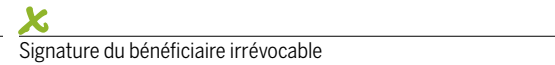
À l'adresse suivante : La Capitale assureur de l'administration publique inc., Épargne et placements, 625, rue Jacques-Parizeau, 7^e étage, Québec (Québec) G1R 2G5
Téléphone : 1 888 703 4480 Télécopieur : 1 855 896-9480

Section D DÉCLARATION ET SIGNATURE DU PRENEUR (CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE, S'IL Y A LIEU)

J'autorise l'institution cédante identifiée à procéder de la façon décrite dans ce formulaire. Je comprends que le délai d'exécution du transfert dépend du type de régime et du type de produit de placement que je détiens. Je comprends et j'accepte qu'en raison de ces délais de transfert la valeur de mes investissements peut varier. J'autorise le transfert de la totalité ou d'une partie de mes placements et j'accepte d'acquitter tous les frais et pénalités applicables à ce transfert.

 Date: _____
Année Mois Jour

Je consens au transfert du régime.

_____  Date: _____
Nom et prénom du bénéficiaire irrévocable Signature du bénéficiaire irrévocable Année Mois Jour

Section E RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSEILLER AYANT EFFECTUÉ LE TRANSFERT

_____ Numéro de conseiller _____ Ind. rég. _____ Téléphone _____
Nom

Section F MONTANT TRANSFÉRÉ (À REMPLIR PAR L'INSTITUTION CÉDANTE)

Institution cédante – Transfert de : _____ \$ Frais de transfert : _____ \$

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION _____ \$ _____ Date: _____
Transfert reçu Nom de la personne autorisée Année Mois Jour