

**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 <b>LONDON LIFE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE</b>		Adresse À l'attention des Services de retraite collectives La Great-West, compagnie d'assurance-vie 330, av. University, Toronto ON M5G 1R8	
Nom de la personne-ressource	Numéro de téléphone et poste ( ) -	Numéro de télécopieur ( ) -	
Nom de l'employeur / du répondant du régime <b>FORCES CANADIENNES</b>	Numéro de régime <b>62498</b>	Type de régime <input checked="" type="checkbox"/> REER	

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

<u>Nom du fonds ou du placement</u>	<u>% ou montant \$</u>

**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	
<b>* Prière de lire le texte en caractères gras dans la partie « Autorisation du client » ci-dessous.</b> 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.

*Jiana Tremblay*

Date	Signataire autorisé	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	