

Nom et adresse de l'institution financière

 À : _____

PARTIE 1 Objet : Demande de transfert de placements enregistrés

PRÉNOM DU CLIENT		NOM DU CLIENT	
ADRESSE			NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()

Je demande le transfert du produit enregistré dans la section ci-dessous à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, située au : _____

PARTIE 2

De _____	À Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie								
PRODUIT À TRANSFÉRER									
<input type="checkbox"/> REER <input type="checkbox"/> CRI <input type="checkbox"/> REER immobilisé	<input type="checkbox"/> FERR* <input type="checkbox"/> FRV* <input type="checkbox"/> CELI								
*Faire suivre au client <input type="checkbox"/> Montant minimum exigé par la loi <input type="checkbox"/> Montant fixe <input type="checkbox"/> Montant maximum viager									
Numéro de compte _____ Numéro de certificat _____	Numéro de compte _____ Numéro d'enregistrement et nom du régime/fonds _____								
Date d'échéance <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>		J	J	M	M	A	A	A	A
J	J	M	M	A	A	A	A		
TYPE DE TRANSFERT <input type="checkbox"/> Tous les biens, montant approximatif de _____ \$ <input type="checkbox"/> En biens <input type="checkbox"/> Au comptant <input type="checkbox"/> Somme forfaitaire de _____ \$ <input type="checkbox"/> En biens <input type="checkbox"/> Au comptant									
INSTRUCTIONS DE PAIEMENT OU DE TRANSFERT Veuillez émettre le chèque payable à l'institution destinataire et expédier le chèque ou le transfert à l'adresse suivante : <input type="checkbox"/> Institution destinataire ci-dessus mentionnée <input type="checkbox"/> Autre adresse _____									

Signature du rentier _____	Date (JJ/MM/AAAA) _____	Signature du bénéficiaire irrévocable (le cas échéant) _____	Date (JJ/MM/AAAA) _____
Nom du courtier (fournisseur de services) _____	Code _____	Code de la succursale _____	
Nom du représentant ou du stagiaire (Le terme stagiaire ne s'applique qu'au Québec) _____	Code de représentant _____		

PARTIE 3 Section à remplir par le cédant

(N'émettez pas de feuillet T4RIF, T4RSP, ou Relevé 2 pour le montant transféré)		
Nous avons transféré le montant de _____ \$ du compte mentionné ci-dessus. S'il s'agit d'un FERR ou d'un FRV, nous confirmons que le montant minimum pour l'année courante a été versé.		
Type de placement enregistré <input type="checkbox"/> REER <input type="checkbox"/> CRI <input type="checkbox"/> REER immobilisé <input type="checkbox"/> FRV <input type="checkbox"/> CELI <input type="checkbox"/> FERR : <input type="checkbox"/> Admissible <input type="checkbox"/> Non admissible		
Régime au profit du conjoint <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui. Indiquer les renseignements sur le conjoint ci-dessus.		
NOM	PRÉNOM	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
Immobilisation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui. Joindre une confirmation.		
Fonds immobilisés _____ \$ Loi applicable _____		
PERSONNE-RESSOURCE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR ()
Signature autorisée _____		Date (JJ/MM/AAAA) _____