



Gestion MD
limitée

Autorisation de transfert de placements enregistrés

1. Renseignements sur le client

Nom du compte	
Adresse	
Téléphone	Numéro d'assurance sociale

2. Renseignements sur l'institution cédante

Nom de l'institution	
Adresse	
Téléphone	Contact

3. Institution destinataire

Compensation Fidelity Canada (Fidelity) s.r.i.
483, rue Bay, bureau 200, tour Sud
Toronto, Ontario M5G 2N7
Télécopie : 416-217-7440 • Courriel : acctransfer.fcc@fidelity.ca

IDUC	DTC	Numéro de courtier	Code R.I.
F I D C	5 0 4 0		

Type de compte enregistré :

- | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> REER | <input type="checkbox"/> RERI | <input type="checkbox"/> FERR | <input type="checkbox"/> Admissible | <input type="checkbox"/> Non admissible |
| <input type="checkbox"/> FRRP | <input type="checkbox"/> REEV | <input type="checkbox"/> FRV | <input type="checkbox"/> FRV fédéral | <input type="checkbox"/> Ancien FRV |
| <input type="checkbox"/> CRI | <input type="checkbox"/> CELI | <input type="checkbox"/> CELIAPP | | <input type="checkbox"/> Nouveau FRV |
| <input type="checkbox"/> FRVR | <input type="checkbox"/> FRR | | | |

Régime de conjoint :

- ☐ Non ☐ Oui Si oui :

Nom de famille	Prénom	Initiale(s)
Numéro d'assurance sociale		

Par la présente, je vous autorise à transférer à l'institution destinataire le(s) compte(s) que vous détenez pour moi, et j'autorise l'institution destinataire à recevoir ce(s) compte(s), y compris les valeurs en compte et à découvert et tout solde débiteur ou créditeur. L'institution destinataire doit livrer toutes les valeurs à découvert contre paiement. Ces instructions sont soumises à l'approbation de mes comptes par l'institution destinataire.

4. Directives de transfert

Cochez une case. Si vous sélectionnez l'option Partiel ou Combinaison, veuillez indiquer le nom du titre et les directives de transfert ci-dessous.

1	Devise <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> USD	Numéro de compte de l'institution cédante	Numéro de compte de l'institution destinataire	
	<input type="checkbox"/> Tout en nature <input type="checkbox"/> Tout en espèces <input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/> Combinaison d'actifs en nature et en espèces (tel qu'énuméré ci-dessous ou dans la liste ci-jointe)			
2	Devise <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> USD	Numéro de compte de l'institution cédante	Numéro de compte de l'institution destinataire	
	<input type="checkbox"/> Tout en nature <input type="checkbox"/> Tout en espèces <input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/> Combinaison d'actifs en nature et en espèces (tel qu'énuméré ci-dessous ou dans la liste ci-jointe)			
1	<input type="checkbox"/> En nature <input type="checkbox"/> En espèces	Nom et symbole du titre	Montant en dollars	Nombre d'actions ou « Toutes »
2	<input type="checkbox"/> En nature <input type="checkbox"/> En espèces	Nom et symbole du titre	Montant en dollars	Nombre d'actions ou « Toutes »

4. Directives de transfert

3

☐ En nature
☐ En espèces

Nom et symbole du titre	Montant en dollars	Nombre d'actions ou « Toutes »

5. Confirmation d'immobilisation

Fidelity, en qualité de mandataire pour la Société de fiducie Computershare du Canada, confirme que tous les fonds immobilisés du régime enregistré visé par les Directives du client à l'intention de l'institution cédante, indiquées à la section suivante, seront transférés au type de régime enregistré susmentionné et continueront à être gérés conformément à la législation régissant la retraite ou aux dispositions contractuelles de _____ (Province ou Territoire; s'il y a lieu, ☐ ancien ☐ nouveau). Tout transfert subséquent de ces fonds immobilisés à une autre fiducie ou institution financière ne sera fait qu'à un autre régime enregistré, lequel doit continuer à être géré conformément à la législation du territoire mentionnée précédemment. Aucun transfert de fonds immobilisés ne sera autorisé à moins que le régime destinataire ne soit dûment enregistré et conforme à la législation en vigueur sur la retraite, aux règlements et à la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada), et qu'il figure sur la liste du surintendant des institutions financières autorisées à gérer des fonds dans le territoire mentionné précédemment (s'il y a lieu).

Nom Prénom, initiale(s) du 2e prénom, nom de famille

SIGNER

Signature autorisée

Date JJ - MM - AAAA

6. À l'usage exclusif de l'institution cédante

Type de compte enregistré :

☐ REER
☐ FRRP
☐ CRI
☐ FRVR

☐ RERI
☐ REEV
☐ CELI
☐ FRRI

☐ FERR
☐ FRV
☐ CELIAPP

☐ Admissible
☐ FRV fédéral
☐ Non admissible
☐ Ancien FRV
☐ Nouveau FRV

Régime de conjoint :

☐ Non ☐ Oui Si oui :

Nom de famille	Prénom	Initiale(s)

Numéro d'assurance sociale

• Revenus de placement cumulés pour l'année en cours : _____ \$.

Cochez, s'il y a lieu. ☐ Formulaire de consentement ou de renonciation du conjoint ci-joint.

Immobilisés : ☐ Non
☐ Oui Si oui, confirmation ci-jointe.

Fonds immobilisés

\$

Législation applicable

Nom du contact

Téléphone

Telécopie

6. À l'usage exclusif de l'institution cédante

Signature autorisée	Date JJ - MM - AAAA
SIGNER ▶	▶

7. Signatures et dates *Le formulaire ne peut être traité en l'absence de signatures et de dates.*

En signant ci-dessous :

- vous reconnaissez que si des frais sont facturés, l'institution destinataire peut déduire ces frais du solde créditeur ou du montant visé par le transfert.
- vous autorisez l'institution cédante à annuler tous les ordres ouverts ou les ordres

permanents, ainsi que les paiements récurrents existants pour le compte visé par le transfert.

- en demandant un transfert en espèces, vous autorisez la liquidation intégrale ou partielle de vos placements, tel qu'indiqué sur ce formulaire.

Pour les régimes immobilisés

- en qualité de conjoint, vous acceptez le transfert du compte et vous avez signé ce formulaire.

Nom du titulaire de compte (en majuscules) *Prénom, initiale(s) du 2e prénom, nom de famille*

Signature du titulaire de compte

Date JJ - MM - AAAA

SIGNER ▶	▶
-----------------	---

Nom du bénéficiaire à titre irrévocable/de l'ancien conjoint (en majuscules) *Prénom, initiale(s) du 2e prénom, nom de famille, s'il y a lieu*

Signature du bénéficiaire à titre irrévocable/de l'ancien conjoint *s'il y a lieu*

Date JJ - MM - AAAA

SIGNER ▶	▶
-----------------	---