

FINANCIÈRE

Canoe[🍁]

www.CanoeFinancial.com

Envoyer par la poste à l'adresse :

Canoe Financial

a/s de : International Financial Data Services

30 Adelaide Street East

Suite 1

Toronto (Ontario) M5C 3G9

Courriel : dealerservices@ifdsgroup.com

Téléphone : 1 800 250-3303

Télécopieur : 1 844 401-3742

FORMULAIRE **DE DEMANDE**

Autorisation de transfert
de placements enregistrés
et de comptes d'épargne
libre d'impôt

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'INVESTISSEUR OU LE TITULAIRE

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> M ^{me}	Nom de famille	Prénom	Initiale
Date de naissance jj/mm/aaaa	NAS (obligatoire)	Numéro de téléphone	
Adresse municipale	App./bureau	Ville (Province)	Code postal

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'INSTITUTION

Nom de l'institution destinataire Canoe Financial		Nom de la ressource Traitement des transactions	
Adresse municipale a/s de : International Financial Data Services 30 Adelaide Street East	App./bureau Suite 1	Ville (Province) Toronto (Ontario)	Code postal M5C 3G9
Numéro du régime collectif (s'il y a lieu)		Numéro de compte/police du client	
Nom du courtier		Numéro du courtier	
Nom du représentant	Numéro du représentant	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur

Type de placement enregistré :	Nom du placement	Code du fonds	MONTANT EN %/\$
<input type="checkbox"/> REER <input type="checkbox"/> FERR <input type="checkbox"/> CRI <input type="checkbox"/> REER de conjoint <input type="checkbox"/> FERR de conjoint <input type="checkbox"/> FRV <input type="checkbox"/> RER immobilisé <input type="checkbox"/> FRRI <input type="checkbox"/> FRVR <input type="checkbox"/> REIR <input type="checkbox"/> FERR <input type="checkbox"/> CELI			

International Financial Data Services Ltd., à titre de mandataire pour Canoe Financial LP, accepte d'administrer tous les fonds immobilisés transférés en vertu de l'autorisation de transfert conformément aux lois sur les régimes de retraite qui régissent ces fonds mentionnées à la section 5 ci-dessous. Tout transfert subséquent de ces fonds immobilisés à un autre fiduciaire ou à une autre institution financière sera effectué seulement vers un autre régime enregistré, lequel continuera d'être administré conformément aux exigences indiquées ci-dessous. Aucun transfert de fonds immobilisés ne sera permis à moins que le régime destinataire soit enregistré de manière appropriée et conformément aux lois et règlements sur les régimes de retraite et à la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

 Signataire/agent autorisé d'International Financial Data Services Ltd.

3. DIRECTIVES DU CLIENT À L'INSTITUTION CÉDANTE

Nom de l'institution cédante			
Adresse municipale	App./bureau	Ville (Province)	Code postal
Numéro du régime collectif (s'il y a lieu)		Numéro de compte/police du client	

Transfert : (Cocher une case seulement pour les directives de transfert des actifs et une case supplémentaire si la liste des actifs est jointe.)

<input type="checkbox"/> Tout en nature (tel quel)	<input type="checkbox"/> Solde en espèces seulement à la date du transfert par l'institution cédante	<input type="checkbox"/> Partiel, voir la liste ci-dessous <input type="checkbox"/> OU cocher ici si la liste est jointe
<input type="checkbox"/> Tout en espèces	<input type="checkbox"/> Tout en actifs, mais composition en espèces et en nature; voir la liste ci-dessous <input type="checkbox"/> OU cocher ici si la liste est jointe	

	Montant du placement	Code du fonds ou numéro d'attestation ou numéro de police	Description du placement
<input type="checkbox"/> En nature <input type="checkbox"/> En espèces <input type="checkbox"/> Actions/parts <input type="checkbox"/> Dollars			
<input type="checkbox"/> En nature <input type="checkbox"/> En espèces <input type="checkbox"/> Actions/parts <input type="checkbox"/> Dollars			

4. VOTRE SIGNATURE

Je demande par la présente le transfert de mon compte et des placements qui s'y trouvent, de la façon précisée ci-dessus. *Si j'ai demandé un transfert en espèces, j'autorise la liquidation de la totalité ou d'une partie de mes placements et je consens à payer tous les frais, toutes les charges ou tous les rajustements applicables.

Date (jj/mm/aaaa)	Signature du titulaire du compte
Date (jj/mm/aaaa)	Signature du bénéficiaire irrévocable/ex-conjoint (le cas échéant)

5. INSTITUTION CÉDANTE

Type de placement enregistré :				Régime de conjoint :			
<input type="checkbox"/> REER	<input type="checkbox"/> CRI	<input type="checkbox"/> RER immobilisé	<input type="checkbox"/> CELI	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, si oui :		
<input type="checkbox"/> FERR : <input type="checkbox"/> Admissible <input type="checkbox"/> Non admissible <input type="checkbox"/> Prescrit	<input type="checkbox"/> FRVR	<input type="checkbox"/> REIR	<input type="checkbox"/> FRRI	Nom de famille	Prénom	Initiale	NAS (obligatoire)
<input type="checkbox"/> FRV : <input type="checkbox"/> FRV fédéral <input type="checkbox"/> FRV <input type="checkbox"/> Nouveau FRV				Immobilisé :			
				<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, si oui, confirmation d'immobilisation ci-jointe		
				<input type="checkbox"/> Fonds immobilisés :	\$	Législation applicable	

- Le formulaire est unisexe par défaut, s'il y a une distinction de sexe, cocher ici
- Si le formulaire de renonciation ou de consentement du conjoint est joint, cocher ici
- Pour les FRV régis par la LPP du Manitoba : La personne connaît-elle le transfert unique en vertu de l'article 21.4 de la LPP du Manitoba?
 Non Oui
- Pour les régimes régis par la LPP du Manitoba, si une renonciation à la prestation de décès est jointe, cocher ici

 Pour les FRV régis par l'Alberta, l'Ontario et le Manitoba, et les FRRI régis par Terre-Neuve-et-Labrador et l'Ontario :

Valeur du régime au 1 ^{er} janvier :	\$	Transferts sortants pour l'année en cours :	\$
Transferts entrants pour l'année en cours :	\$	Versements de revenu pour l'année en cours :	\$
Revenu de placement pour l'année en cours :	\$	Date initiale (de création) du régime (FRRI seulement) :	

6. NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE DE L'INSTITUTION CÉDANTE

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> M ^{me}	Nom de famille	Prénom	Initiale
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur	
Date (jj/mm/aaaa)	Signature de la personne autorisée		