

- Le présent formulaire peut être utilisé pour les transferts entre les régimes non enregistrés.
- Les données entrées au présent formulaire peuvent être scannées et stockées électroniquement. Veuillez écrire lisiblement en majuscules afin d'assurer que les renseignements fournis sont complets, exacts et assimilables par une machine.

1. IDENTIFICATION DU CLIENT

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom du titulaire du compte/contrat	Prénom	Initiale(s)	N° d'assurance sociale	Téléphone (domicile)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Ville	Province	Code postal	Téléphone (travail)

Compte conjoint (pour les comptes non enregistrés seulement)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="JJ/MM/AAAA"/>	<input type="text"/>
Nom	Prénom	Initiale(s)	Date de naissance	Numéro d'assurance sociale (obligatoire)

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'INSTITUTION DESTINATAIRE

<input type="text" value="Starlight Capital"/>	<input type="text" value="Service des transferts"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="1-833-290-2606"/>
Nom de l'institution destinataire	Personne-ressource	N° du régime collectif (s'il y a lieu)	N° du compte / Contrat du client	Téléphone
<input type="text" value="a/s RBC Services aux investisseurs et de trésorerie, 3e étage Imaging, 155, rue Wellington Ouest"/>	<input type="text" value="Toronto"/>	<input type="text" value="Ontario"/>	<input type="text" value="M5V 3L3"/>	<input type="text" value="1-866-716-2977"/>
Adresse	Ville	Province	Code postal	Télécopieur

Entrez les données sur la compensation et le règlement (p. ex. : numéro CDS CUID, numéro de participant DTCC)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Firme x	<input type="checkbox"/> Filiale x	<input type="checkbox"/> Société affiliée x	<input type="checkbox"/> Firme x

Réservé aux courtiers en fonds communs de placement

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom du courtier	N° du courtier	N° de compte du courtier	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom du mandataire	N° du mandataire	Téléphone (travail)	Télécopieur (travail)

3. DIRECTIVES DU CLIENT À L'INTENTION DE L'INSTITUTION CÉDANTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Nom de l'institution cédante	N° du régime collectif (s'il y a lieu)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Adresse	Ville	Province	Code postal	N° de compte / Contrat du client

► **Transfert** : (cochez une seule case pour les directives de transfert des actifs et la case appropriée si la liste des actifs est jointe)

<input type="checkbox"/> Tout en argent*	<input type="checkbox"/> Partiel*; consultez la liste ci-dessous ou cochez ici si la liste est jointe	<input type="checkbox"/> en argent	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Montant	Montant de l'investissement	Symbole et/ou numéro de certificat ou numéro du contrat

* Veuillez vous référer à l'énoncé en gras dans la section d'autorisation du client ci-dessous.

Description de l'investissement : _____

<input type="checkbox"/> en argent	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Montant	Montant de l'investissement	Symbole et/ou numéro de certificat ou numéro du contrat

Description de l'investissement : _____

4. AUTORISATION DU CLIENT

Je demande, par la présente, le transfert de mon compte et de mes placements conformément aux directives fournies ci-dessus.

*** Conformément à ma demande de transfert au comptant, j'autorise la liquidation de tous mes placements ou une partie de ceux-ci, et je conviens de régler tous frais applicables.**

X

Signature du titulaire du compte/contrat

JJ/MM/AAAA

Date

X

Signature du codemandeur

JJ/MM/AAAA

Date