

- Le présent formulaire peut être utilisé pour les transferts entre les régimes enregistrés mentionnés ci-dessus à l'exception (1) des transferts d'un FERR à un REER; (2) des transferts en raison d'un décès; et (3) des transferts en raison d'une rupture de mariage.
- 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)

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'INSTITUTION DESTINATAIRE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Starlight Capital	Service des transferts			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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
a/s RBC Services aux investisseurs et de trésorerie, 3e étage Imaging, 155, rue Wellington Ouest	Toronto	Ontario	M5V 3L3	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)

► Directives de placement

Type de régime enregistré	Nom du placement	Symbole	% / \$
<input type="checkbox"/> REER <input type="checkbox"/> FERR			
<input type="checkbox"/> REER de conjoint <input type="checkbox"/> FERR de conjoint			
<input type="checkbox"/> CRI <input type="checkbox"/> FRRRI			
<input type="checkbox"/> RERI <input type="checkbox"/> FRV			
<input type="checkbox"/> FRRP <input type="checkbox"/> FRVR			
<input type="checkbox"/> REIR <input type="checkbox"/> CELI			

► Confirmation d'immobilisation

_____, en qualité de mandataires pour Starlight Capital Investments, confirmons que tous les capitaux immobilisés en vertu du régime enregistré susmentionné et visés 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 capitaux 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 mentionné précédemment. Aucun transfert de capitaux 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 au Règlement de la Loi de l'impôt sur le revenu du 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).

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Signataire autorisé	Date

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

Nom de l'institution cédante		N° du régime collectif (s'il y a lieu)		
------------------------------	--	--	--	--

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"/> Tous les biens (tels quels)	<input type="checkbox"/> Tout en argent*	<input type="checkbox"/> Solde en argent à la date du transfert par l'institution cédant	<input type="checkbox"/> Tous les actifs*, soit une combinaison de biens et d'argent; consultez la liste ci-dessous ou cochez ici <input type="checkbox"/> si la liste est jointe	<input type="checkbox"/> Partiel*; consultez la liste ci-dessous ou cochez ici <input type="checkbox"/> si la liste est jointe
--	--	--	---	--

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

Description de l'investissement :

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

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	JJ/MM/AAAA
Signature du titulaire du compte/contrat	Date

► Bénéficiaire irrévocable :	X	JJ/MM/AAAA
Je consens au transfert du compte	Signature du bénéficiaire irrévocable (s'il y a lieu)	Date

► (Régimes immobilisés) Conjoint :	X	JJ/MM/AAAA
Je consens au transfert du compte	(Régimes immobilisés) Signature du conjoint (s'il y a lieu)	Date

5. À L'USAGE EXCLUSIF DE L'INSTITUTION CÉDANTE

Type de régime enregistré :

<input type="checkbox"/> REER	<input type="checkbox"/> CRI	<input type="checkbox"/> RERI	<input type="checkbox"/> FERR	<input type="checkbox"/> Admissible	<input type="checkbox"/> Non admissible	<input type="checkbox"/> FRRP
<input type="checkbox"/> FRVR	<input type="checkbox"/> REIR	<input type="checkbox"/> CELI	<input type="checkbox"/> FRRI	<input type="checkbox"/> FRV	<input type="checkbox"/> FRV fédéral	<input type="checkbox"/> Ancien FRV <input type="checkbox"/> Nouveau FR

Régime de conjoint : Non Oui Si oui :

Nom	Prénom	Initiale(s)	N° d'assurance sociale
« Unisexe » par défaut. En cas de distinction fondée sur le sexe, cochez ici <input type="checkbox"/>		\$	Si le formulaire de consentement ou de renonciation du conjoint est joint, cochez ici <input type="checkbox"/>
Revenu de placement de l'année en cours à ce jour :			

Placement immobilisé : Non Oui Si oui, confirmation d'immobilisation jointe

\$	Législation applicable
Capitaux immobilisés	

Personne-ressource	Téléphone	Télécopieur
--------------------	-----------	-------------

X	JJ/MM/AAAA
Signataire autorisé	Date