

Envoyez cette fiche dûment remplie à :

Financière Manuvie

SRC, Service à la clientèle

P.O. Box 396

Waterloo (Ontario) N2J 4A9

Fax : (519) 747-6895

Écrire lisiblement, en caractères d'imprimerie, dans les cases réservées à cette fin.
Renseignements sur le régime

Numéro du contrat collectif	Titulaire du contrat		
Numéro du régime	Catégorie de participants	Numéro du client	

Renseignements sur le participant

Nom de famille du participant			Numéro du participant
Adresse postale (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	Code postal	N.A.S.

Renseignements sur le bénéficiaire (s'il y a lieu)

Nom et prénom du bénéficiaire			Lien avec le participant
Adresse			Date de naissance du bénéficiaire
Ville	Province	Code postal	N.A.S.

Détails sur le paiement
 Départ Retraite Décès Autre _____

Date du départ/décès/retraite (jj/mmmm/aaaa)

Pour les participants ou les conjoints bénéficiaires

- Transfert à un RER Régimes personnels manuvie ou à un Compte d'épargne collectif Manuvie
 Transfert à un régime individuel de la Financière Manuvie Transfert à une autre institution financière
 Encaissement (fonds non immobilisés)

Pour les autres bénéficiaires Encaissement

Montant du paiement
Montant du paiement _____ \$

Remarque. Les retraits seront effectués selon les instructions fournies antérieurement, sauf indication contraire ci-dessous.

Code du fonds	Montant du retrait	\$	OU	%

Autre instructions de retrait

Pour connaître les codes des fonds/comptes, reportez-vous au rapport sur les placements.

Les frais de retrait seront prélevés selon les instructions afférentes aux retraits.

(Annexez les formulaires de transfert pertinents)

Renseignements sur le transfert

Numéro du ou des contrats auxquels les fonds sont transférés

Numéro du contrat	Montant des fonds immobilisés \$
-------------------	-------------------------------------

Numéro du contrat	Montant des fonds non immobilisés \$
-------------------	---

Nom et adresse de l'institution financière

Nom		
Adresse postale (numéro, rue, appartement)		
Ville	Province	Code postal

Instructions d'envoi

Adresse à laquelle le paiement doit être envoyé

- Adresse de la nouvelle institution financière Administrateur du régime Adresse du participant (voir ci-dessus)
 Autre _____

Signature(s)

Signature autorisé	Date (jj/mmmm/aaaa)
Nom et titre	Nom de la société si celle-ci diffère du titulaire du contrat
Signature autorisé	Date (jj/mmmm/aaaa)
Nom et titre	Nom de la société si celle-ci diffère du titulaire du contrat