

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 compte d'épargne **non registre** de la Financière Manuvie
 Transfert à un régime individuel de la Financière Manuvie Transfert à une autre institution financière
 Encaissement

Montant du paiement

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.

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	%
Code du fonds		Montant du retrait	\$	OU	%
Code du fonds		Montant du retrait	\$	OU	%
Code du fonds		Montant du retrait	\$	OU	%

Autre instructions de retrait

Renseignements sur le transfert

Numéro du ou des contrats auxquels les fonds sont transférés

Numéro du contrat	Montant des fonds 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