

## Autorisation de paiement de droits à retraite à un participant ou à un bénéficiaire (RER non enregistré)

Envoyez cette fiche dûment remplie à :

**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