

- Dans ce formulaire, toute expression désignant des personnes vise à la fois des hommes et des femmes.
- Le présent formulaire est l'équivalent du formulaire T2033 et sert à demander un transfert de fonds en vertu de l'alinéa 146(16)a), 146.3(2)e) ou 146.3(14.1) de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada. Retournez-le accompagné d'un chèque libellé à l'ordre de SSQ, Société d'assurance-vie inc.

1. Adhérent / Rentier

A - Identification

Nom _____ Prénom _____ N° d'assurance sociale _____

Adresse _____

B - Montant à transférer

Numéro de compte _____ Numéro et nom du régime _____

- Je demande le transfert en argent de : totalité de la valeur ou la somme forfaitaire de : _____ \$
- En provenance de mon : REER REER/conjoint CELI CRI FERR FERR/conjoint FRV REIR FRVR Autre _____
- Date du transfert : Date d'échéance | A | A | A | A | M | M | J | J | Date de réception du document Autre (Précisez la date) | A | A | A | A | M | M | J | J |

Nom et adresse de l'émetteur du régime : _____

Fonds de solidarité FTQ
8717, rue Berri
Montréal (Québec) H2M 2T9

C - Destinaire

- Je demande que ces sommes soient transférées dans mon : REER REER/conjoint CELI CRI FERR FERR/conjoint FRV REIR FRVR

• À l'adresse suivante : **Adresse de livraison par messagerie**
SSQ, Société d'assurance-vie inc.
1245, chemin Sainte-Foy, édifice 1, bureau 210
Québec (Québec) G1S 4P2

OU

Adresse postale
SSQ, Société d'assurance-vie inc.
C. P. 10510, succursale Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 0A3

- Mon numéro d'adhésion est le : | | | | | | | | | | (si adhésion déjà existante)
- Veuillez investir : selon les instructions de placement suivantes (si adhésion déjà existante) selon le formulaire d'adhésion joint
- selon le bordereau de cotisation joint (si adhésion déjà existante) selon les instructions mentionnées dans la lettre jointe

FPG SÉCURIFONDS

Code de fonds¹
OBLIGATOIRE (\$ ou %)

¹ Le premier caractère du code de fonds détermine la garantie choisie, le deuxième représente l'option des frais de souscription et les trois derniers correspondent au numéro du fonds.

Veuillez vous assurer que le code de fonds correspond bien à l'investissement désiré. En l'absence de choix quant au premier caractère, la garantie régulière sera retenue.

PLACEMENTS GARANTIS

CIG

Terme (1 à 120 mois)	(\$)	Intérêts ² (C)	Rachetable ³ (O ou N)
_____ mois	_____	_____	_____
_____ mois	_____	_____	_____

² C = intérêts composés

³ O = oui; N = non (En l'absence de choix, le Placement garanti est rachetable.)

D - Autorisation et Signature

J'autorise l'institution financière mentionnée précédemment à procéder à la transaction tel que décrit dans ce formulaire.

J'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. (SSQ), à utiliser pour des fins administratives les renseignements contenus dans cette demande, à l'exception de mon numéro d'assurance sociale qui ne peut être utilisé qu'à des fins fiscales.

X _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |
Signature de l'adhérent (obligatoire) _____ Date _____

2. Informations du Cédant (répondre à tous les points)

- Nous avons transféré _____ \$ du régime désigné à la section B de la partie 1.
- Le conjoint a-t-il cotisé à ce régime? Oui (spécifiez) _____ N° d'assurance sociale du conjoint _____
 Non _____
- Y a-t-il un ou des bénéficiaire(s) irrévocable(s)? Oui _____
 Non _____
- Y a-t-il des fonds immobilisés? Oui _____
 Non _____
La somme de _____ \$ sur le montant du chèque ci-joint représente des fonds immobilisés. Ces fonds continueront d'être administrés comme des fonds immobilisés, conformément à la loi applicable. Précisez la province : _____
S'il s'agit d'un régime fédéral, est-ce un régime restreint? Oui Non
- Les renseignements fournis dans cette partie sont, à notre connaissance, exacts et complets.

Nom de la personne autorisée _____ Téléphone _____
Signature de la personne autorisée _____ Titre ou fonction _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |
Date _____

3. Consentement du bénéficiaire irrévocable actuel (s'il y a lieu)

Si le bénéficiaire est irrévocable, sa signature est obligatoire pour tout transfert et retrait partiel ou total des sommes de l'adhésion

Je, _____ désigné à titre de bénéficiaire irrévocable dans le cadre de la présente adhésion, consens uniquement au transfert partiel ou total des sommes. Je comprends que ma désignation en tant que bénéficiaire irrévocable sera reconduite dans la nouvelle adhésion.

X _____ | A | A | A | Y | M | M | J | J |
Signature du bénéficiaire irrévocable actuel _____ Date _____

4. Coordonnées du conseiller ayant effectué le transfert

N° du conseiller (SSQ) _____ Nom _____ Prénom _____
N° de l'agence _____ Nom du distributeur (agence) _____