



Autorisation de transfert de placements

Services aux courtiers Agora
6285 Northam Drive, Suite 100, Mississauga, ON L4V 1X5
Sans frais d'appel : 1-855-GO-AGORA (462-4672)
Télécopieur commercial : 1-888-642-4312

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DU COMPTE

NOM DU TITULAIRE DU COMPTE PRINCIPAL (PRÉNOM ET NOM)		NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	
NOM DU COTITULAIRE DU COMPTE (PRÉNOM ET NOM)		NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	
ADRESSE DE LA RÉSIDENCE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

2. INSTITUTION DESTINATAIRE

SERVICES AUX COURTIERS AGORA	6285 Northam Drive, Suite 100, Mississauga, ON L4V 1X5	1-855-462-4672
NOM DE L'INSTITUTION DESTINATAIRE	ADRESSE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
NOM DU COURTIER	NUMÉRO DU COURTIER	NOM DU CONSEILLER
	AGRA	NUMÉRO DU CONSEILLER


NUMÉRO DU COMPTE DU CLIENT

CODE D'INTERMÉDIAIRE

TYPE DE COMPTE : (COCHEZ UNE SEULE CASE) RER RER DE CONJOINT CRI/RERI REIR COMPTE DE PLACEMENT COPROPRIÉTÉ/AVEC GAIN DE SURVIE CELI FRR FRR DE CONJOINT FRV/FRRI FRVR FRRR SUCCESSION

CONFIRMATION DE FONDS IMMOBILISÉS

En sa qualité de mandataire de Canadian Western Trust, Services aux courtiers Agora accepte d'administrer tous les fonds immobilisés transférés en vertu de la présente autorisation conformément à la loi sur les pensions indiquée à la section E ci-dessous. Tout transfert subséquent des fonds immobilisés à un autre fiduciaire ou à une autre institution financière ne peut être effectué que vers un autre régime enregistré, lequel doit continuer à être administré conformément aux exigences énoncées ci-après. Aucun transfert de fonds immobilisés ne sera autorisé à moins que le régime destinataire ne soit dûment enregistré et conforme à la loi sur les pensions applicable, aux règlements et à la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada); s'il y a lieu, l'institution destinataire doit figurer sur la liste des institutions financières autorisées à administrer des fonds dans le territoire susmentionné, qui est tenue par le surintendant.


SIGNATAIRE AUTORISÉ OU
MANDATAIRE DE SERVICES AUX
COURTIERS AGORA

3. AUTORISATION DU TITULAIRE DU COMPTE (À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE SIGNER)

NOM DE L'INSTITUTION CÉDANTE	NUMÉRO DU COMPTE
ADRESSE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR

Je vous autorise à transférer à Services aux courtiers Agora (SACA) le compte que vous administrez en mon nom et j'autorise SACA à recevoir le compte. Les présentes instructions sont assujetties à l'approbation de mon compte par SACA.

J'ai également demandé à SACA de s'occuper en mon nom des rajustements ou des différences entre les comptes pouvant découler de ma demande de transfert de compte.

TRANSFERT : (COCHEZ UNE SEULE CASE) COMPLET, EN NATURE (TEL QUEL) PARTIEL*; VOIR LA LISTE CI-DESSOUS OU CI-JOINTE COMPLET, EN ESPÈCES* TOUS LES ACTIFS*, MAIS TRANSFERT MIXTE EN ESPÈCES ET EN NATURE**

(FACULTATIF) Je joins à la présente une copie de mon relevé de compte pour assurer un transfert rapide et exact de mon compte : OUI NON

	Montant du placement	Symbole, numéro du certificat ou numéro de la police	Description du placement
<input type="checkbox"/> EN NATURE <input type="checkbox"/> EN ESPÈCES <input type="checkbox"/> ACTIONS/PARTS <input type="checkbox"/> DOLLARS			
<input type="checkbox"/> EN NATURE <input type="checkbox"/> EN ESPÈCES <input type="checkbox"/> ACTIONS/PARTS <input type="checkbox"/> DOLLARS			
<input type="checkbox"/> EN NATURE <input type="checkbox"/> EN ESPÈCES <input type="checkbox"/> ACTIONS/PARTS <input type="checkbox"/> DOLLARS			
<input type="checkbox"/> EN NATURE <input type="checkbox"/> EN ESPÈCES <input type="checkbox"/> ACTIONS/PARTS <input type="checkbox"/> DOLLARS			
<input type="checkbox"/> EN NATURE <input type="checkbox"/> EN ESPÈCES <input type="checkbox"/> ACTIONS/PARTS <input type="checkbox"/> DOLLARS			
<input type="checkbox"/> EN NATURE <input type="checkbox"/> EN ESPÈCES <input type="checkbox"/> ACTIONS/PARTS <input type="checkbox"/> DOLLARS			
<input type="checkbox"/> EN NATURE <input type="checkbox"/> EN ESPÈCES <input type="checkbox"/> ACTIONS/PARTS <input type="checkbox"/> DOLLARS			
<input type="checkbox"/> EN NATURE <input type="checkbox"/> EN ESPÈCES <input type="checkbox"/> ACTIONS/PARTS <input type="checkbox"/> DOLLARS			

* Si j'ai demandé un transfert en espèces, j'autorise la liquidation d'une partie ou de la totalité de mes placements. J'accepte de payer les frais applicables et les frais liés aux rajustements avant le transfert de mon compte.

** Si j'ai demandé un transfert en nature, j'autorise la liquidation de _____ pour payer les frais applicables et les frais liés aux rajustements ou pour effectuer les paiements minimaux du FRR/FRV avant le transfert de mon compte.

Je demande par la présente le transfert de mon compte de la manière décrite plus haut et des placements qui y sont détenus. Dans l'éventualité où, pour quelque raison que ce soit, des titres détenus dans mon compte ne pourraient pas être livrés à SACA conformément aux présentes instructions, je vous demande de m'en informer immédiatement et de préciser les titres concernés et la raison pour laquelle il est impossible de les livrer. J'ai joint à la présente une copie de mon dernier relevé de compte de l'institution cédante.

<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE PRINCIPAL	DATE (AAAA-MM-JJ)	SIGNATURE DU COTITULAIRE DU COMPTE	DATE (AAAA-MM-JJ)

4. RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'INSTITUTION CÉDANTE - COMPTE D'EXÉCUTION D'ORDRES

NOUS AVONS TRANSFÉRÉ _____ \$ MONTANT DES FRAIS DE TRANSFERT FACTURÉS _____ \$

DU TYPE DE COMPTE SUIVANT :

RER RER DE CONJOINT CRI/RERI REIR COMPTE DE PLACEMENT COPROPRIÉTÉ/AVEC GAIN DE SURVIE CELI FRR FRR DE CONJOINT FRV/FRRI FRVR FRRR SUCCESSION

RÉGIME DE CONJOINT NON OUI SI OUI _____
NOM DU CONJOINT (PRÉNOM ET NOM) NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

FONDS IMMOBILISÉS NON OUI SI OUI Fonds immobilisés : _____ \$ Loi applicable _____

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets et que les paiements minimaux (FERR/FRRR) ou maximaux (FRRI/FRV) ont été effectués pour l'année en cours.

<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
NOM DU SIGNATAIRE AUTORISÉ	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	SIGNATURE DU SIGNATAIRE AUTORISÉ	DATE (AAAA-MM-JJ)