

Demande de retrait de fonds immobilisés du fait d'une espérance de vie réduite

Avant de remplir ce formulaire, le propriétaire devrait consulter un conseiller indépendant au sujet des répercussions de cette demande sur ses droits.

Juridiction du compte* immobilisé
Numéro de compte*

1 Renseignements sur le propriétaire

Prénom du propriétaire	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa) — —	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone — —

2 Attestation

Je suis propriétaire du compte* susmentionné. En raison de l'invalidité ou de la pathologie dont je souffre, je demande, à la date de la signature de ce formulaire, le retrait total ou partiel de la valeur de mon compte*.

Combien d'argent voulez-vous retirer?
(cochez une seule des cases ci-dessous)

- La totalité des fonds de mon compte* (il y aura des retenues d'impôt)
- Le montant de _____ \$ avant les retenues d'impôt, qui est inférieur au solde des fonds du compte.

Je déclare que tous les renseignements contenus dans cette demande sont vrais, exacts et complets. Je sais que cette demande, une fois soumise, est irrévocable et que la Fiducie de la Financière Sun Life inc., la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, Placements Financière Sun Life (Canada) inc. et leurs sociétés affiliées n'assument aucune responsabilité si ma situation venait à changer dans l'avenir. Je comprends que pour donner suite à cette demande, un rajustement selon la valeur marchande pourrait être effectué.

Je sais que la soumission intentionnelle d'une fausse déclaration ou la création et l'utilisation de faux documents sont des infractions criminelles.

Signature du propriétaire X	Date (jj-mm-aaaa) — —
--------------------------------	--------------------------

En vertu de certaines lois provinciales sur les pensions, si vous avez un conjoint, un formulaire de renonciation aux droits du conjoint ou de consentement du conjoint peut être requis pour cette demande.

Une fois que votre attestation et la déclaration du médecin ont été dûment remplies, veuillez envoyer la présente demande à l'entité appropriée de la Financière Sun Life comme il est indiqué au verso du présent formulaire.

* Le terme «compte» peut également signifier «contrat» ou «police».

Je suis un médecin autorisé à exercer la médecine au Canada.

À mon avis, _____ (nom du demandeur) souffre d'une invalidité physique ou d'une pathologie qui, très probablement, réduira considérablement son espérance de vie.

À mon avis, l'invalidité/la pathologie dont la personne susmentionnée souffre réduira probablement son espérance de vie à moins de deux ans. **(Obligatoire pour le Manitoba et l'Ontario)**

Prénom du médecin (en caractères d'imprimerie)	Nom	
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal
Signature du médecin X		Date (jj-mm-aaaa) - -

Placements Financière Sun Life
(Canada) inc.
227, rue King Sud
C. P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4C5
**(Comptes de propriétaire
apparent – Financière Sun Life)**

Sun Life du Canada,
compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud
C. P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4C5
**(Rentes à provision cumulative
– Financière Sun Life)**

Fiducie de la Financière
Sun Life inc.
227, rue King Sud
C. P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4C5
(CPG – Financière Sun Life)