

Renseignements sur le client

Nom de famille du titulaire de la police _____ Prénom _____ Init. _____

Adresse : _____

Ville : _____ Prov. _____ Code postal _____ - _____

Numéro d'assurance sociale _____ - _____ - _____

Tél. résidence : _____ - _____ - _____ Tél. bureau _____ - _____ - _____

Courriel : _____

Réception des renseignements sur l'institution récipiendaire

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE WAWANESA
 400-200 MAIN STREET
 WINNIPEG (MANITOBA) R3C 1A8
 Tél. : 1-800-263-6785
 Téléc. : 1-888-985-3872
 Courriel : annuities@wawanesa.com
 Site internet : wawanesalife.com

Nom de la personne-ressource : _____

Numéro de la police du client _____

Directives de placement :

Nom du placement	Montant en % en \$

Directives du client à l'institution cédante

Nom de l'institution cédante : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Prov. _____ Code postal _____ - _____

Numéro du régime collectif (le cas échéant) _____

Compte du client/Numéro de la police _____

Transférer le tout en espèces* ***Veillez-vous reporter à la déclaration en caractères gras dans la section « Autorisation du client » ci-après.**

L'ensemble des biens ou Selon les instructions :

Montant des placements	Symbole et/ou numéro de certificat ou de la police
Description du placement	
Montant des placements	Symbole et/ou numéro de certificat ou de la police
Description du placement	
Montant des placements	Symbole et/ou numéro de certificat ou de la police
Description du placement	

RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'INSTITUTION CÉDANTE

Date du traitement

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

Date du traitement

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

Date du traitement

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

Autorisation du client

Par les présentes, je demande le transfert de mon compte et des placements qu'il contient tel qu'il est décrit ci-dessus. Une photocopie ou une reproduction électronique du présent document est aussi valide que l'original.

***Si j'ai demandé un transfert en espèces, j'autorise la liquidation de tout ou partie de mes placements et conviens de payer les frais ou rajustements applicables.**

Signature du titulaire de compte	Date	Bénéficiaire irrévocable Je consens au transfert du compte Date d'apposition de la signature du bénéficiaire irrévocable (le cas échéant)	Date