

Investissements Renaissance  
Demande de retrait de régimes de retraite immobilisés – Colombie-Britannique  
Espérance de vie réduite  
Gestion d'actifs CIBC inc.

**Instructions pour remplir cette formule**

- Cette formule doit être utilisée uniquement dans le cas des régimes à cotisations immobilisées assujettis à la loi sur les pensions de la Colombie-Britannique.
- Pour être admissible à ce type de retrait, vous devez joindre à votre demande l'attestation ci-incluse, remplie par un médecin.
- En outre, si vous avez un conjoint ou un conjoint de fait, votre conjoint ou votre conjoint de fait devra remplir une formule de renonciation du conjoint.

Destinataire : Compagnie Trust CIBC (le «Fiduciaire»), s'il y a lieu

et : Gestion d'actifs CIBC inc. (le «Mandataire») (insérer la raison sociale du Mandataire)

Objet : \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ (insérer le nom du rentier) (insérer le numéro de compte)

**Cocher le type de régime applicable :**

- Compte de retraite immobilisé (CRI) – Investissements Renaissance  
 Fonds de revenu viager (FRV) – Investissements Renaissance

**À remplir par le rentier**

Je soussigné atteste par la présente que je suis le rentier du CRI ou du FRV (le « Régime ») susmentionné.

Je demande que Gestion d'actifs CIBC inc. , à titre de Mandataire pour le Fiduciaire : (insérer la raison sociale du Mandataire)

- Vire le produit de mon Régime à un REER/FERR existant, numéro de compte \_\_\_\_\_ , ou
- Vire le produit de mon Régime, après avoir retenu les impôts applicables, à un compte non enregistré existant, numéro de compte \_\_\_\_\_ , ou
- Émette un chèque correspondant au montant du retrait de mon Régime, après avoir retenu les impôts applicables
- Retrait ou virement partiel : \_\_\_\_\_ \$ OU  Retrait ou virement complet

Je fais cette demande attendu que je, le rentier, suis atteint d'une invalidité ou d'une maladie terminale, laquelle risque d'écourter considérablement mon espérance de vie.

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mmm/aaaa)

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature du rentier

Investissements Renaissance  
Attestation du médecin  
Retrait en raison d'une espérance de vie réduite  
Lois sur les pensions de la Colombie-Britannique  
Gestion d'actifs CIBC inc.

**Note :** Le rentier du CRI ou du FRV, selon le cas, ne peut pas remplir l'Attestation du médecin.

Vous, le médecin, devez remplir l'attestation ci-dessous, si vous y consentez, afin de nous donner votre avis, lequel nous servira pour traiter une demande de retrait de fonds soumise par le rentier d'un CRI ou d'un FRV. Si vous le préférez, vous pouvez fournir votre avis dans un autre document écrit et signé (une lettre, par exemple), en autant que vous certifiez que :

- i) vous êtes médecin; ou
- ii) à votre avis, le titulaire est atteint d'une invalidité ou d'une maladie terminale qui risque d'écourter considérablement son espérance de vie.

---

**Attestation du médecin**

Je suis médecin et, à mon avis, \_\_\_\_\_ ,  
(nom du rentier en caractères d'imprimerie figurant dans la demande)  
est atteint d'une invalidité ou d'une maladie terminale qui risque d'écourter considérablement son espérance de vie.

Nom du médecin *(en caractères d'imprimerie)*

N° de téléphone du médecin

Adresse du médecin

Ville

Province

Code postal

\_\_\_\_\_  
Date *(jj/mmm/aaaa)*

X

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin