

**RECORD OF TRANSFER OF  
LOCKED-IN RETIREMENT FUNDS**

*(General Regulation - Pension Benefits Act, ss.21(8.1) and  
(8.2))*

**PART I**Transferee Information (To be completed by the transferee)

\_\_\_\_\_  
Financial Institution (Trustee for LIRA, LIF or Annuity) or Pension Plan  
Administrator

\_\_\_\_\_  
Address                      City                      Province                      Postal Code

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Telephone

\_\_\_\_\_  
Broker named in LIRA or LIF                      (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(if any)                      Telephone

\_\_\_\_\_  
Address                      City                      Province                      Postal Code

Type of fund to which assets are being transferred:  
LIRA \_\_\_ LIF \_\_\_ Annuity \_\_\_ Pension Plan \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CCRA Registration Number                      N.B. Registration Number

\_\_\_\_\_  
Name of Retirement Savings Arrangement or Pension Plan

Owner Information (To be completed by the transferee)

\_\_\_\_\_  
Name    Social Insurance Number

\_\_\_\_\_  
Address                      City                      Province                      Postal Code

\_\_\_\_\_  
Date of Birth                      (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
   Telephone

\_\_\_\_\_  
Owner's Account Number with Transferee

Transferee Agreement (To be completed by the transferee)

As the **financial institution** or **pension plan** to receive the assets as trustee, the assets shall only be accepted if the assets are transferred in compliance with the *Pension Bene-*

**DOSSIER DU TRANSFERT DES FONDS DE  
RETRAITE IMMOBILISÉ**

*(Règlement général - Loi sur les prestations de pension, art.  
21(8.1) et (8.2))*

**PARTIE I**Renseignements sur le cessionnaire (Doit être rempli par le cessionnaire)

\_\_\_\_\_  
Institution financière (fiduciaire pour un CRI, FRV ou une rente) ou administrateur d'un régime de pension

\_\_\_\_\_  
Adresse    Ville    Province    Code Postal

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Téléphone

\_\_\_\_\_  
Nom du courtier du CRI ou FRV                      (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(le cas échéant)                      Téléphone

\_\_\_\_\_  
Adresse    Ville    Province    Code Postal

Type de fonds auquel les éléments d'actif sont transférés :  
CRI \_\_\_ FRV \_\_\_ Rente \_\_\_ Régime de pension \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Numéro d'enregistrement                      Numéro d'enregistrement  
du ADRC    du N.-B.

\_\_\_\_\_  
Nom de l'arrangement d'épargne-retraite ou du régime de pension

Renseignements sur le propriétaire (Doit être rempli par le cessionnaire)

\_\_\_\_\_  
Nom    Numéro d'assurance sociale

\_\_\_\_\_  
Adresse    Ville    Province    Code Postal

\_\_\_\_\_  
Date de naissance                      (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
   Téléphone

\_\_\_\_\_  
Numéro de compte du propriétaire auprès du cessionnaire

Entente du cessionnaire (Doit être rempli par le cessionnaire)

En tant qu'**institution financière** ou **régime de pension** qui reçoit les éléments d'actif à titre de fiduciaire, les éléments d'actif doivent seulement être acceptés s'ils sont transférés

*fits Act* and regulations. The assets shall be transferred into the registered account referred to in Part I. It is understood that if the assets are not transferred in compliance with the Act and regulations, the transfer is void and all assets transferred shall be returned to the transferor. The trustee undertakes to comply with the Act and the regulations while the assets remain under its trust.

I certify that the information given on this form is correct and complete and that I am authorized to act on behalf of the financial institution or pension plan.

\_\_\_\_\_  
Name (Print) Position or Office

\_\_\_\_\_  
Authorized Signature Date

**Owner Transfer Information** (To be completed by the Owner)

As the **owner** of the assets to be transferred, I agree to the transfer and understand that the assets must be transferred in compliance with the *Pension Benefits Act* and regulations. I shall only request that the assets be transferred in compliance with the Act and regulations and I understand that if the assets are not transferred in compliance with the Act and the regulations, the transfer is void.

\_\_\_\_\_ dollars and \_\_\_\_\_ cents  
Amount of Transfer (in words)

\$ \_\_\_\_\_  
Amount of Transfer (numerical)

**- OR -**

Total Remaining Balance

I request that the assets be transferred as checked , to the above mentioned  
LIRA \_\_\_\_\_ LIF \_\_\_\_\_ Annuity \_\_\_\_\_ Pension Plan \_\_\_\_\_ (initial applicable fund type)

I certify that the information given on this form is correct and complete and I agree to comply with the terms of the transfer as required by the *Pension Benefits Act* and the regulations.

\_\_\_\_\_  
Owner's Signature Date

conformément à la *Loi sur les prestations de pension* et aux règlements. Les éléments d'actif doivent être transférés dans le compte enregistré visé à la Partie I. Il est entendu que si les éléments d'actif ne sont pas transférés conformément à la Loi et aux règlements, le transfert est nul et les éléments d'actif transférés doivent être retournés à l'auteur du transfert. Le fiduciaire s'engage à se conformer à la Loi et aux règlements tant que les éléments d'actif demeurent en fiducie.

Je certifie que les renseignements donnés à la présente formule sont exacts et complets et que je suis autorisé à agir au nom de l'institution financière ou du régime de pension.

\_\_\_\_\_  
Nom (inscrire en lettres moulées) Poste ou fonction

\_\_\_\_\_  
Signature autorisée Date

**Renseignements sur le transfert du propriétaire** (Doit être rempli par le propriétaire)

En tant que **propriétaire** des éléments d'actif à transférer, j'accepte le transfert et comprend que les éléments d'actif doivent être transférés conformément à la *Loi sur les prestations de pension* et aux règlements. Je dois seulement demander à ce que les éléments d'actif soient transférés conformément à la Loi et aux règlements et je comprends que si les éléments d'actif ne sont pas transférés conformément à la Loi et aux règlements, le transfert est nul.

\_\_\_\_\_ dollars et \_\_\_\_\_ cents  
Montant du transfert (en lettres)

\_\_\_\_\_ \$  
Montant du transfert (numérique)

**- OU -**

valeur résiduelle totale

Je demande que les éléments d'actif soient transférés, tel que coché , au type de fonds précité :  
CRI \_\_\_\_\_ FRV \_\_\_\_\_ Rente \_\_\_\_\_ Régime de pension \_\_\_\_\_ (parapher le type de fonds applicable)

Je certifie que les renseignements donnés à la présente formule sont exacts et complets et j'accepte de me conformer aux modalités du transfert tel qu'exigé par la *Loi sur les prestations de pension* et les règlements.

\_\_\_\_\_  
Signature du propriétaire Date

**NOTE:**

- (a) This form is to be completed in triplicate.
- (b) After Part I is completed, forward this form, in triplicate, to the Transferor for completion of Part II.

**PART II** (To be completed by the transferor)  
Transferor Information and Agreement

\_\_\_\_\_  
 Pension Plan Administrator or Financial Institution

\_\_\_\_\_  
 N.B. Registration Number

\_\_\_\_\_  
 CCRA Registration Number

The assets for the transfer originate from:

\_\_\_\_\_ a pension plan that complies with the Act and regulations and from which the assets are being transferred under section 36 of the Act

\_\_\_\_\_ a pension plan that complies with legislation similar to the Act in a designated jurisdiction and from which the assets are being transferred under a provision similar to section 36 of the Act

\_\_\_\_\_ another retirement savings arrangement that complies with the Act and regulations (LIF or LIRA)

\_\_\_\_\_ a life or deferred life annuity under a contract that complies with the Act and regulations

\_\_\_\_\_ the fund of a pension plan that is sponsored by the Province

\_\_\_\_\_ dollars and \_\_\_\_\_ cents  
 Amount of Transfer (in words)

\$ \_\_\_\_\_  
 Amount of Transfer (numerical)

**- OR -**

Total Remaining Balance

Was the commuted value of the amount for transfer determined on transfer in a manner that differentiated on the basis of the sex of the owner?

Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**REMARQUE :**

a) La présente formule doit être remplie en trois exemplaires.

b) Lorsque la Partie I est remplie, remettre la présente formule en trois exemplaires à l'auteur du transfert afin qu'il remplisse la Partie II.

**PARTIE II** (Doit être rempli par l'auteur du transfert)  
Renseignements sur l'auteur du transfert et entente

\_\_\_\_\_  
 Administrateur du régime de pension ou institution financière

\_\_\_\_\_  
 Numéro d'enregistrement  
 du N.-B.

\_\_\_\_\_  
 Numéro d'enregistrement  
 du ADRC

Les éléments d'actif pour le transfert proviennent :

\_\_\_\_\_ d'un régime de pension qui se conforme à la Loi et aux règlements et duquel les éléments d'actif sont transférés en vertu de l'article 36 de la Loi

\_\_\_\_\_ d'un régime de pension qui se conforme à une législation semblable à la Loi dans une autorité législative et duquel les éléments d'actif sont transférés en vertu d'une disposition semblable à l'article 36 de la Loi

\_\_\_\_\_ d'un autre arrangement d'épargne-retraite qui se conforme à la Loi et aux règlements (un FRV ou CRI)

\_\_\_\_\_ d'une rente viagère ou d'une rente viagère différée en vertu d'un contrat qui se conforme à la Loi et aux règlements

\_\_\_\_\_ d'un fonds d'un régime de pension qui est parrainé par la province

\_\_\_\_\_ dollars et \_\_\_\_\_ cents  
 Montant du transfert (en lettres)

\_\_\_\_\_ \$  
 Montant du transfert (numérique)

**- OU -**

valeur résiduelle totale

Est-ce que la valeur de rachat du montant à transférer a été déterminée sur transfert d'une manière différente eût égard au sexe du propriétaire?

Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

I certify that I have authenticated the New Brunswick Registration Number given in Part I, that the information in Part II is correct and complete and, with respect to this transfer, I have complied with the provisions of the *Pension Benefits Act* and the regulations. It is understood that if the assets are not transferred in compliance with the Act and the regulations, the transfer is void.

_____ Name (Print)	_____ Position or Office
_____ Authorized Signature	_____ Date

**NOTE:**

This form shall be forwarded in triplicate to the transferee with the transferred assets for completion of Part III.

**PART III** (To be completed by the transferee)  
Receipt by Transferee

We have received \$\_\_\_\_\_ in compliance with the *Pension Benefits Act* and regulations.

We have noted that the commuted value of the transfer was \_\_\_/ was not \_\_\_ differentiated on the basis of the sex of the owner.

We certify that this form was completed in compliance with the *Pension Benefits Act* and regulations.

_____ Name (Print)	_____ Position or Office
_____ Authorized Signature	_____ Date

**NOTE:**

The transferee shall retain one copy of the completed form until ninety-three years after the owner's date of birth. The second copy of the completed form shall be returned to the transferor, who shall retain the copy until ninety-three years after the owner's date of birth. The third copy of the completed form shall be given to the owner.

2001-1; 2003-87

Je certifie avoir authentifié le numéro d'enregistrement du Nouveau-Brunswick donné à la Partie I, que les renseignements donnés à la Partie II sont exacts et complets et, en ce qui a trait au présent transfert, que je me suis conformé aux dispositions de la *Loi sur les prestations de pension* et des règlements. Il est entendu que si les éléments d'actif ne sont pas transférés conformément à Loi et aux règlements, le transfert est nul.

_____ Nom (inscrire en lettres moulées)	_____ Poste ou fonction
_____ Signature autorisée	_____ Date

**REMARQUE :**

La présente formule doit être envoyée en trois exemplaires au cessionnaire afin qu'il remplisse la partie III.

**PARTIE III** (Doit être rempli par le cessionnaire)  
Accusé de réception par le cessionnaire

Nous avons reçu \_\_\_\_\_\$ conformément à la *Loi sur les prestations de pension* et aux règlements.

Nous avons remarqué que la valeur de rachat du transfert était \_\_\_/ n'était pas \_\_\_ différente eût égard au sexe du propriétaire.

Nous certifions que la présente formule a été complétée conformément à la *Loi sur les prestations de pension* et aux règlements.

_____ Nom (inscrire en lettres moulées)	_____ Poste ou fonction
_____ Signature autorisée	_____ Date

**REMARQUE :**

Le cessionnaire doit conserver une copie de la formule remplie jusqu'à quatre-vingt-treize ans après la date de naissance du propriétaire. La deuxième copie de la formule remplie doit être retournée à l'auteur du transfert, qui doit conserver la copie jusqu'à quatre-vingt-treize ans après la date de naissance du propriétaire. La troisième copie de la formule remplie doit être donnée au propriétaire.

2001-1; 2003-87