

Veillez remplir un formulaire distinct pour chaque réclamant pour chaque compte.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le règlement de successions, veuillez communiquer avec Starlight Capital au 1-833-290-2606.

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR VOUS (LE RÉCLAMANT)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="JJ/MM/AAAA"/>	<input type="text"/>
Nom de famille	Prénom	Initiales	Date de naissance	Numéro d'assurance sociale*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Ville	Province	Code postal	Pays
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	Pays de résidence	Lien avec le défunt		

Sélectionnez l'un des éléments suivants :

- Vous êtes le bénéficiaire désigné     Vous êtes le fiduciaire de la succession ou le représentant légal     Vous êtes le fiduciaire financier du bénéficiaire mineur

<input type="text"/>	<input type="text" value="JJ/MM/AAAA"/>	<input type="text"/>
Prénom et nom du bénéficiaire mineur	Date de naissance	Numéro d'assurance sociale*
<input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier) _____		

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉFUNT

<input type="text"/>				
Numéro de compte Starlight				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="JJ/MM/AAAA"/>	<input type="text" value="JJ/MM/AAAA"/>
Nom de famille	Prénom	Initiales	Date de naissance	Date du décès
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Province/pays de résidence	Situation maritale au moment du décès	Numéro d'assurance sociale*		

Nom et adresse du représentant légal de la succession (fiduciaire de la succession, liquidateur de la succession ou administrateur) (OBLIGATOIRE)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de famille	Prénom	Initiales	Adresse (rue, ville, province et code postal)

## 3. RENSEIGNEMENTS SUR LA MÉTHODE DE PAIEMENT

- A. Racheter les fonds**     Libeller le chèque à l'ordre de : \_\_\_\_\_

Adresse postale

- Virement électronique au compte bancaire fourni\* (veuillez joindre une copie d'un chèque annulé)

### **B. Transfert**

<input type="checkbox"/> Transfert dans un compte Starlight	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Numéro de compte du fonds commun de placement Starlight	Numéro d'assurance social*	Nom du titulaire du compte destinataire

\* En vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu, votre NAS est requis par toute personne ou institution qui prépare un feuillet de renseignements pour vous.

## B. Transfert (suite)

Choisissez vos placements pour le compte destinataire :

Nom du fonds	Code du fonds	Commission de vente	Montant brut ou pourcentage	
			\$	%
			\$	%
			\$	%
			\$	%
			\$	%
Si aucune instruction de placement n'est fournie, les fonds seront transférés tels quels.		<b>Total</b>	\$	%

Virement de fonds à une autre institution financière

En nature     En argent    Institution

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Numéro de compte

Type d'enregistrement/de régime

<input type="text"/>
----------------------

Adresse

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nom du titulaire du compte destinataire

Numéro d'assurance sociale

## C. Poursuivre les conditions de placement initiales

Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR) de fonds commun de placement :

- Poursuivre le régime FERR existant à titre de rentier remplaçant (ne s'applique que si le conjoint survivant est désigné à titre de rentier remplaçant).
- Si le conjoint est désigné comme bénéficiaire, transférer (60L) les fonds dans le REER/FERR du conjoint survivant.

## 4. DIRECTIONS SUPPLÉMENTAIRES

<input type="text"/>
----------------------

## 5. AUTORISATION, DÉCHARGE ET INDEMNITÉ

Le soussigné convient qu'une fois les directives ci-dessus suivies, Starlight Capital (« Starlight ») et les membres de son groupe seront libérés de toute responsabilité en vertu des polices/comptes détenus par le défunt de son assurance jusqu'à concurrence du montant payé. Par la présente, le soussigné s'engage à indemniser et s'engage à dégager Starlight de toute responsabilité à l'égard de toute réclamation de quelque nature que ce soit et quelle qu'en soit la cause, y compris tous les frais juridiques engagés par un avocat et sa propre base de clients qui peut être faits à l'encontre de Starlight à partir de ce formulaire.

<input type="text"/>	<input type="text" value="JJ/MM/AAAA"/>
Signé à	Date
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nom du réclamant	Signature du réclamant

La réclamation doit être signée par un courtier, une banque ou une société de fiducie inscrit.

Cachet de garantie de signature  
Obligatoire

<b>Signature garantie par :</b>
<input type="text"/>
Institution :
<input type="text"/>
Nom de la personne à contacter :
<input type="text"/>
Numéro de la personne à contacter :
<input type="text"/>

### Starlight Capital

a/s RBC Services aux Investisseurs et Trésorerie, 3<sup>e</sup> étage Imaging  
155, rue Wellington Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3L3

### Service à la clientèle

Téléphone : 1-833-290-2606  
Télécopieur : 1-866-716-2977

Courriel : [info@starlightcapital.com](mailto:info@starlightcapital.com)