

FORM 3.2
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

Address City Province Postal Code

Date of Birth Telephone ()

FORMULE 3.2
DOSSIER DU TRANSFERT DES FONDS DE
RETRAITE IMMOBILISÉ

(Règlement général de la Loi sur les prestations de pension,
para. 21(8.1) et (8.2))

PARTIE I – RENSEIGNEMENT SUR LE CESSIONNAIRE
(Doit être rempli par le cessionnaire)

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

Adresse Ville Province Code postal

()
Téléphone

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

Adresse Ville Province Code postal

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

Numéro d'enregistrement de l'ARC Numéro d'enregistrement du N.-B.

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

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

Nom

Adresse Ville Province Code postal

Date de naissance Téléphone ()

Social Insurance Number

Numéro d'assurance sociale

Owner's Account Number with Transferee

Numéro de compte du titulaire auprès du cessionnaire

Transferee Agreement (To be completed by the transferee)

Entente du cessionnaire (Doit être rempli par le cessionnaire)

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 Benefits 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.

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 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 au cédant. Le fiduciaire s'engage à se conformer à la *Loi* et aux règlements tant que les éléments d'actif demeurent en fiducie.

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.

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.

Name (Print)

Position or Office

Nom (en lettres moulées)

Poste ou fonction

Authorized Signature

(Date – dd/mm/yyyy)

Signataire autorisé

(Date – jj/mm/aaaa)

Owner Transfer Information

(To be completed by the Owner)

Renseignements sur le transfert de titulaire

(Doit être rempli par le titulaire)

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.

En tant que **titulaire** des éléments d'actif à transférer, je consens au transfert et comprend que les éléments d'actif doivent être transférés conformément à la *Loi sur les prestations de pension* et aux règlements. Je demanderai seulement 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.

I request that the assets as checked (✓)
(choose only one option)

Je demande que les éléments d'actif, tel que coché (✓)
(choisir une seule option)

_____ dollars and _____ cents
Amount of Transfer (in words)

_____ dollars et _____ cents
Montant du transfert (en lettres)

\$ _____
Amount of Transfer (numerical)

_____ \$
Montant du transfert (en chiffres)

– **OR** –

– **OU** –

Total Remaining Balance

Valeur résiduelle totale

be transferred to the above mentioned (check (✓) and initial applicable fund type)

soient transférés au type de fonds précité (cocher (✓) et parapher le type de fonds applicable)

- LIRA _____
- LIF _____
- Annuity _____
- Pension Plan _____

- CRI _____
- FRV _____
- Rente _____
- Régime de pension _____

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.

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.

Owner's Signature (Date – dd/mm/yyyy)

Signature du titulaire (Date – jj/mm/aaaa)

NOTES:

- (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.

REMARQUES :

- (a) La présente formule doit être remplie en trois exemplaires.
- (b) Lorsque la Partie I est remplie, remettre la présente formule en trois exemplaires au cédant afin qu'il remplisse la Partie II.

PART II - TRANSFEROR INFORMATION AND AGREEMENT
(To be completed by the transferor)

PARTIE II – RENSEIGNEMENTS SUR LE CÉDANT (Doit être rempli par le cédant)

Pension Plan Administrator or Financial Institution

Administrateur du régime de pension ou institution financière

N.B. Registration Number

CCRA Registration Number

Numéro d'enregistrement du N.-B.

Numéro d'enregistrement de l'ARC

The assets for the transfer originate from (please check (✓) as applicable):

Les éléments d'actif pour le transfert proviennent (cocher (✓) les cases pertinentes) :

a pension plan that complies with the *Act* and

d'un régime de pension qui se conforme à la *Loi* et aux règlements et duquel les éléments d'actif sont

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

The assets are as follows:

_____ 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 sex of the owner? (check (✓) only one option)

Yes No

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.

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

Les éléments d'actif sont les suivants :

_____ dollars et _____ cents
Montant du transfert (en lettres)

_____ \$
Montant du transfert (en chiffres)

– **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 titulaire? (cocher (✓) une seule option)

Oui Non

Je certifie que le numéro d'enregistrement du Nouveau-Brunswick donné à la Partie I est conforme, 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 la *Loi* et aux règlements, le transfert est nul.

Name (Print)

Position or Office

Nom (en lettres moulées)

Poste ou fonction

Authorized Signature

(Date – dd/mm/yyyy)

Signataire autorisé

(Date – jj/mm/aaaa)

NOTE:

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

PART III – RECEIPT BY TRANSFEEE

(To be completed by the 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 (choose only that which applies) 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

Nom (en lettres moulées)

Poste ou fonction

Authorized Signature

(Date – dd/mm/yyyy)

Signataire autorisé

(Date – jj/mm/aaaa)

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.

REMARQUE :

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

PARTIE III – ACCUSÉ DE RÉCEPTION PAR LE CESSIONNAIRE

(Doit être rempli 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 (cocher uniquement ce qui s'applique) différente eût égard au sexe du titulaire.

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

Nom (en lettres moulées)

Poste ou fonction

Signataire autorisé

(Date – jj/mm/aaaa)

REMARQUE :

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

Form provided by the Superintendent of Pensions

Formule établie par le surintendant des pensions.

FINANCIAL AND
CONSUMER SERVICES
COMMISSION



COMMISSION DES SERVICES
FINANCIERS ET DES SERVICES
AUX CONSOMMATEURS