

**FORM 4**  
**DIRECTION TO ADMINISTRATOR**  
**TO EXERCISE RIGHTS**  
*(Pension Benefits Act, ss.36(1) and 36(1.1))*

**FORMULE 4**  
**DIRECTIVE À L'ADMINISTRATEUR POUR**  
**L'EXERCICE DES DROITS**  
*(Loi sur les prestations de pension,*  
*para. 36(1) et 36(1.1))*

TO: \_\_\_\_\_,  
name of administrator

DESTINATAIRE : \_\_\_\_\_,  
nom de l'administrateur

administrator of \_\_\_\_\_  
name of pension plan

administrateur de \_\_\_\_\_  
nom du régime de pension

I, \_\_\_\_\_  
name of person exercising right

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
nom de la personne exerçant un droit

in respect of the portion of the commuted value of my deferred pension or benefit that may be transferred immediately, direct you to (choose only one):

à l'égard de la partie de la valeur de rachat de ma pension différée ou de ma prestation qui peut être transférée immédiatement, vous donne instructions (cocher une seule option) :

<input type="checkbox"/>	transfer the commuted value of my deferred pension or benefit from the above mentioned pension plan to _____ name of pension plan of my new employer
<input type="checkbox"/>	transfer the commuted value of my deferred pension or benefit from the above mentioned pension plan to _____ name of financial institution that sells the locked-in retirement account
<input type="checkbox"/>	transfer the commuted value of my deferred pension or benefit from the above mentioned pension plan to _____ name of financial institution that sells the life income fund
<input type="checkbox"/>	purchase a life or deferred life annuity from _____ name of financial institution that sells the annuity
<input type="checkbox"/>	retain the commuted value of my deferred pension in the above mentioned pension plan

<input type="checkbox"/>	de transférer la valeur de rachat de ma pension différée ou de ma prestation du régime de pension ci-dessus à _____ nom du régime de pension de mon nouvel employeur
<input type="checkbox"/>	de transférer la valeur de rachat de ma pension différée ou de ma prestation du régime de pension ci-dessus à _____ nom de l'institution financière qui vend le compte de retraite immobilisé
<input type="checkbox"/>	de transférer la valeur de rachat de ma pension différée ou de ma prestation du régime de pension ci-dessus à _____ nom de l'institution financière qui vend le fonds de revenu viager
<input type="checkbox"/>	d'acheter une rente viagère ou une rente viagère différée de _____ nom de l'institution financière qui vend la rente
<input type="checkbox"/>	de retenir la valeur de rachat de ma pension différée dans le régime de pension mentionné ci-

dessus

In respect of any portions of the commuted value of my deferred pension or benefit that is not being transferred immediately, I wish (choose only one):

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | the portions to be transferred in accordance with my election stated above   |
| <input type="checkbox"/> | to make a further election upon being informed by the administrator at the time when the subsequent transfer may be made |

À l'égard de toutes parties de la valeur de rachat de ma pension différée ou de ma prestation qui ne sont pas transférées immédiatement, je désire (choisir une seule option)

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | que les parties soient transférées conformément à mon choix indiqué ci-dessus  |
| <input type="checkbox"/> | faire un nouveau choix lorsque je serai informé par l'administrateur de l'époque où le transfert subséquent peut être effectué |

NOTE:

This completed form must be delivered to the administrator of the pension plan within ninety days after the person signing it receives notice of the rights that may be exercised.

Dated the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Witness

REMARQUE :

La présente formule dûment remplie doit être déposée auprès de l'administrateur du régime de pension dans les quatre-vingt-dix jours qui suivent la réception de l'avis, par celui qui la signe, des droits qui peuvent être exercés.

Fait le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Témoïn

*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