

## CERTIFICAT D'ESPÉRANCE DE VIE RACCOURCIE

DESTINATAIRES : Société de fiducie BMO  
(le fiduciaire)

ET : BMO Ligne d'action Inc.  
(l'agent du fiduciaire)

Le présent certificat est rédigé en lien avec

\_\_\_\_\_ (le patient).

### INDIQUEZ LE NOM COMPLET DU PATIENT

Adresse du patient

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date de naissance du patient \_\_\_\_\_ (MM/JJ/AAAA)

Type de régime \_\_\_\_\_

Palier gouvernemental \_\_\_\_\_

(FRV / FRRI / CRI / REER immobilisé)

**REMARQUE : Si le palier gouvernemental est la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario ou Terre-Neuve-et-Labrador, le patient doit obtenir la renonciation du conjoint avant de libérer des fonds immobilisés.**

Je certifie par la présente que :

1. Je suis un médecin autorisé à exercer la médecine dans la province de \_\_\_\_\_ depuis le \_\_\_\_\_ (MM/AAAA).

Je suis autorisé à exercer les formes de médecines

suivantes : \_\_\_\_\_.

2. Je soigne le patient depuis \_\_\_\_\_ (MM/AAAA). Le traitement que j'ai administré au patient me permet de poser le diagnostic figurant à la page 3 du présent certificat.

3. Remplissez le paragraphe approprié a), b), c) ou d), puis rayez les paragraphes qui ne s'appliquent pas.

**a) SI LES FONDS SONT VISÉS PAR UNE LÉGISLATION D'UNE PROVINCE AUTRE QUE CELLE DE L'ALBERTA, LA COLOMBIE-BRITANNIQUE, LE MANITOBA OU L'ONTARIO :**

Le patient souffre de l'invalidité suivante : \_\_\_\_\_ (indiquez le type d'invalidité).

Cette maladie \_\_\_\_\_ (indiquez l'invalidité mentale ou physique) est une invalidité importante qui diminue considérablement l'espérance de vie du patient.

**b) SI LES FONDS SONT VISÉS PAR LA LÉGISLATION DE L'ALBERTA :**

Le patient souffre de la maladie terminale suivante : \_\_\_\_\_

(indiquez la maladie terminale) OU

Le patient souffre de l'invalidité suivante : \_\_\_\_\_ (indiquez le type d'invalidité).

Cette maladie \_\_\_\_\_ (indiquez l'invalidité mentale ou physique) est une invalidité importante qui diminue considérablement l'espérance de vie du patient.

**c) SI LES FONDS SONT VISÉS PAR LA LÉGISLATION DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE :**

Le patient souffre de l'invalidité physique suivante : \_\_\_\_\_ (indiquez le type d'invalidité).

Il s'agit d'une invalidité physique importante qui réduit considérablement l'espérance de vie du patient.

**d) SI LES FONDS SONT VISÉS PAR LA LÉGISLATION DU MANITOBA OU DE L'ONTARIO :**

Le patient souffre de la maladie terminale suivante : \_\_\_\_\_  
(indiquez la maladie terminale).

OU

Le patient souffre de l'invalidité physique suivante : \_\_\_\_\_  
(indiquez le type d'invalidité).

Il s'agit d'une invalidité physique importante qui risque de réduire l'espérance de vie du patient à moins de deux ans.

Je comprends que le fiduciaire et l'agent du fiduciaire se fient au présent certificat pour verser au patient les fonds de retraite immobilisés, lesquels ne pourraient lui être versés en l'absence du présent certificat.

Fait le \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.  
(DATE) (MOIS) (ANNÉE)

Signé en présence de :

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin  
(en majuscules)

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin  
(en majuscules)

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_