

Incitatif québécois à l'épargne-études
Transfert entre des régimes enregistrés d'épargne-études**Renseignements sur les bénéficiaires (suite)**

La présente page doit être utilisée dans le cas de bénéficiaires multiples, comme il est indiqué dans les sections 1.1, 1.2 et 2.1 de la formule de transfert de l'Incitatif québécois à l'épargne-études.

1. Régime cessionnaire (régime destinataire)

Nom de famille	Prénoms		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
N° d'assurance sociale	Date de naissance (dd/mmm/aaaa)	Sexe	Lien avec le souscripteur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém.	<input type="text"/>

 Régime cédant (régime émetteur)

Nom de famille	Prénoms		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
N° d'assurance sociale	Date de naissance (dd/mmm/aaaa)	Sexe	Lien avec le souscripteur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém.	<input type="text"/>

2. Régime cessionnaire (régime destinataire)

Nom de famille	Prénoms		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
N° d'assurance sociale	Date de naissance (dd/mmm/aaaa)	Sexe	Lien avec le souscripteur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém.	<input type="text"/>

 Régime cédant (régime émetteur)

Nom de famille	Prénoms		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
N° d'assurance sociale	Date de naissance (dd/mmm/aaaa)	Sexe	Lien avec le souscripteur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém.	<input type="text"/>

3. Régime cessionnaire (régime destinataire)

Nom de famille	Prénoms		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
N° d'assurance sociale	Date de naissance (dd/mmm/aaaa)	Sexe	Lien avec le souscripteur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém.	<input type="text"/>

 Régime cédant (régime émetteur)

Nom de famille	Prénoms		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
N° d'assurance sociale	Date de naissance (dd/mmm/aaaa)	Sexe	Lien avec le souscripteur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém.	<input type="text"/>