



# CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE ET DE NOM

Veuillez remplir ce formulaire à l'ENCRE et imprimer clairement.

## L'INFORMATION DE MEMBRE



- Numéro de police 138020  
 GSR16046  
 Numéro de police C110334601

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		INITIALE
SEXE <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	DATE DE NAISSANCE année      mois      jour		ADRESSE	
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE (      )	
SITUATION DE FAMILLE <input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Marié/Conjoint de fait		NUMÉRO DE RÉFÉRENCE		

## DÉSIGNATION D'UN NOUVEAU BÉNÉFICIAIRE

Cette section doit être remplie par le membre du programme.

Il faut remplir cette section pour désigner le bénéficiaire de votre assurance-vie, au besoin.

Une copie de l'original de ce formulaire sera requise pour la demande de règlement de l'assurance-vie.

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	INITIALE	% ACCORDÉ	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE SALARIÉ
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	INITIALE	% ACCORDÉ	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE SALARIÉ
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	INITIALE	% ACCORDÉ	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE SALARIÉ

Vous devez rendre la désignation de votre bénéficiaire révocable ou irrévocable en cochant l'une des cases ci-dessous. Vous pouvez changer la désignation de bénéficiaire révocable n'importe quand. Vous ne pouvez changer la désignation de bénéficiaire irrévocable ou apporter certains changements à votre programme sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable.

**Note :** Si le Code civil du Québec s'applique et que vous avez désigné votre conjoint marié ou conjoint de fait comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable à moins que vous ayez coché la case marquée « Révocable ».

Par la présente, je rends la désignation du ou des bénéficiaires précités :  Révocable  Irrévocable

## CLAUSE FIDUCIAIRE

Si vous désignez un fiduciaire/administrateur, nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et tout fiduciaire/administrateur proposé.

Si vous désignez un bénéficiaire qui est mineur ou qui manque de capacité légale, vous pourriez vouloir remplir cette disposition concernant le fiduciaire.

Par la présente, je nomme :

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	INITIALE	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE SALARIÉ
----------------	--------	----------	---------------------------------

s'il (si elle) est vivant (e), est par les présentes nommé(e) fiduciaire et, à ce titre, est chargé(e) de recueillir et de gérer toutes les sommes payables à mon (mes) bénéficiaire(s) en exécution de la police collective ci-dessus, et ce, jusqu'à la majorité de ce(s) dernier(s). Tout paiement fait au fiduciaire libère LA GREST-WEST, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE / ACE INA de ses obligations, jusqu'à concurrence du montant versé.

## CHANGEMENT DE NOM DU SALARIÉ

Je demande par les présentes à ce que les dossiers de police soient corrigés de manière à refléter mon changement de nom.

### ANCIEN NOM:

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	INITIALE	ANCIENNE SIGNATURE
----------------	--------	----------	--------------------

### NOUVEAU NOM:

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	INITIALE	NOUVEAU SIGNATURE
----------------	--------	----------	-------------------

## CHANGEMENT DE NOM DE BÉNÉFICIAIRE

Veuillez utiliser cette section UNIQUEMENT si vous signalez un changement dans le nom de votre bénéficiaire actuel. Utilisez la section "Désignation d'un nouveau bénéficiaire" si vous nommez un nouveau bénéficiaire.

Par la présente, je demande que les registres du régime reflètent le changement de nom de mon bénéficiaire actuel.

### ANCIEN NOM:

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	INITIALE	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE SALARIÉ
----------------	--------	----------	---------------------------------

### NOUVEAU NOM:

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	INITIALE	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE SALARIÉ
----------------	--------	----------	---------------------------------

## AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

### J'AUTORISE :

- Coughlin à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins de rapports gouvernementaux, d'identification et d'administration de mes avantages sociaux;
- Coughlin à transmettre mes renseignements personnels aux personnes, organisations ou parties suivantes : des prestataires de services de santé; des institutions financières; des organismes gouvernementaux; des compagnies d'assurance; des employeurs ou d'ex-employeurs; mon syndicat local ou des fiduciaires et vérificateurs de caisse de retraite;
- Coughlin à se servir des renseignements personnels en dossier pour me faire part d'un complément d'information concernant des avantages sociaux auxquels j'ai droit.

Si je donne des renseignements personnels au sujet de mon conjoint ou des personnes à ma charge, je confirme être autorisé à agir en leur nom. J'atteste qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section Autorisations et déclarations est aussi valide que l'original. J'atteste que les renseignements transmis sont véridiques, exacts et complets pour autant que je sache.

### Signature du salarié

Date(a/m/j)

Le respect de vos renseignements personnels Coughlin & associés Itée est l'administrateur de votre régime de prévoyance collective. Chez Coughlin, nous reconnaissons le droit au respect des renseignements personnels de chacun. Lorsqu'on nous transmet ce type de renseignements, nous créons un dossier confidentiel conservé chez Coughlin, ou aux bureaux d'une organisation autorisée par Coughlin. Nous nous servons des renseignements pour administrer le régime de prévoyance collective. Nous limitons l'accès aux renseignements contenus dans votre dossier au personnel de Coughlin ou à des personnes autorisées par Coughlin qui en ont besoin dans l'exécution de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès, et aux personnes autorisées par la loi.

Nous attestons par les présentes que le changement de bénéficiaire ou de nom ci-dessus a été dûment consigné dans les dossiers du titulaire de la police collective.

VÉRIFIÉ PAR:

DATE (a/m/j):