

CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE ET DE NOM

Veillez écrire lisiblement et en lettres moulées. Remplissez le formulaire à l'encre, le signer et le dater puis le retourner à l'administrateur de votre régime pour traitement.

DIRECTIVES

- Membre:
1. Remplir les sections 1 à 5 s'il y a lieu.
 2. Signez la section 4 au besoin.
 3. Signer et dater le formulaire (section 6).
 4. Retourner le formulaire à votre employeur pour traitement.

Envoyer à:
Coughlin et associés ltée
C.P. 3517 Succ. C
Ottawa, ON K1Y 4H5

1. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE

Numéro de police: 87032G		Numéro d'indentité		
Nom de famille du membre		Prénom du membre		Initiale du membre
Adresse postale		Ville	Province	Code postal
Adresse courriel		Téléphone primaire	Téléphone secondaire	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		
État matrimonial	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> union de fait <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> marié(e)	Confirmez la date d'effet de l'état matrimonial (aaaa/mm/jj) _____		En cas d'union de fait, confirmez la date de cohabitation (aaaa/mm/jj) _____

2. DÉSIGNATION D'UN NOUVEAU BÉNÉFICIAIRE

Cette section doit être remplie par le membre du programme.

Si un bénéficiaire n'est pas nommé, les prestations seront versées à votre succession. Vous êtes responsable de la validité de votre désignation.

Révocable : signifie que la désignation d'un bénéficiaire peut être modifiée sans le consentement du bénéficiaire.

Irrévocable : signifie que la désignation d'un bénéficiaire ne peut être modifiée sans le consentement écrit du bénéficiaire et à moins que certaines conditions soient remplies. La désignation irrévocable d'un mineur ne peut être modifiée tant que le bénéficiaire (mineur) n'a pas atteint l'âge de la majorité.

Résidents du Québec: Là où la loi du Québec s'applique, la désignation du conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) comme bénéficiaire est **IRRÉVOCABLE**. La désignation de toute autre personne comme bénéficiaire est **RÉVOCABLE**. Par la présente, je demande que ma désignation soit :

- Révocable, je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps

Toutes les autres provinces: La désignation du bénéficiaire est **RÉVOCABLE**, à moins d'indication contraire en remplissant le «FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE».

Par la présente, je révoque toutes les désignations de bénéficiaire antérieures et désigne les bénéficiaires suivants, lorsque la loi le permet:

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	Date de naissance du bénéficiaire (aaaa/mm/jj)	Lien avec le membre	Pourcentage %
TOTAL				100%

3. DÉSIGNATION D'UN FIDUCIAIRE (ne s'applique pas aux résidents du Québec)

Remplissez cette section si une ou plusieurs personnes désignées à titre de bénéficiaire sont mineures ou n'ont pas la capacité juridique nécessaire. Cette section ne s'applique pas aux résidents du Québec dont les désignations sont régies par le Code civil du Québec.

Par la présente, je désigne _____ comme fiduciaire qui sera chargé de recevoir et de détenir en fiducie, pour le compte du bénéficiaire, toutes sommes qui sont payables au bénéficiaire aux termes du régime d'avantages sociaux si, au moment où le paiement doit être effectué, le bénéficiaire est mineur ou n'a pas la capacité juridique nécessaire. Tout versement fait au fiduciaire libérera Coughlin & associés ltée, le promoteur du régime ainsi que la compagnie d'assurance de toute autre responsabilité.

4. CHANGEMENT DE NOM DU MEMBRE

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 du membre	Prénom du membre	Initiale du membre	Ancienne signature
--------------------------	------------------	--------------------	--------------------

NOUVEAU NOM :

Nom de famille du membre	Prénom du membre	Initiale du membre	Nouvelle signature
--------------------------	------------------	--------------------	--------------------

5. 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 du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	Initiale du bénéficiaire	Lien avec le membre
--------------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------

NOUVEAU NOM :

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	Initiale du bénéficiaire	Lien avec le membre
--------------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------

6. AUTORISATION DE RECUEILLIR, D'UTILISER ET DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Accord et autorisation. En signant le présent formulaire :

- Vous autorisez Coughlin & associés ltée (l'administrateur du régime), une entreprise de People Corporation, à utiliser et à communiquer les renseignements inscrits sur le formulaire aux fins établies ci-après. Vous convenez également d'aviser immédiatement Coughlin & associés ltée de toute modification apportée aux renseignements que vous avez fournis sur ce formulaire.
- Vous atteste que les renseignements sont véridiques, exacts et complets, au meilleur de vos connaissances, et que, si vous avez fourni des renseignements sur un conjoint, un enfant à charge, un bénéficiaire ou un fiduciaire, vous êtes autorisé à le faire et avez obtenu le ou les consentements requis afin de nous permettre d'utiliser et de communiquer l'information indiquée aux présentes. Vous reconnaissez que toute photocopie ou copie électronique du formulaire que vous avez signé a la même valeur que l'original.

Utilisation des renseignements personnels.

- Nous utilisons et communiquons vos renseignements personnels pour :
 - Se conformer aux exigences réglementaires et faire des analyses.
 - Vérifier l'identité des personnes nommées et effectuer des recherches pour les localiser.
 - Répondre aux questions sur le régime et les prestations qu'il offre.
- Nous utilisons et communiquons les informations sur la date de naissance et le sexe lorsque cela est nécessaire pour vérifier l'identité.

Utilisation des renseignements personnels facultatifs. Si vous fournissez des renseignements, vous pouvez nous retirer l'autorisation de les utiliser et de les communiquer. Pour ce faire, envoyez une demande écrite à l'administrateur du régime ou à notre agent de protection de la vie privée adressée à la personne-ressource indiquée ci-après.

- Dans le cas de renseignements sur un bénéficiaire, toute prestation de décès n'ayant pas à être versée à votre conjoint le sera aux bénéficiaires désignés. Si vous n'avez pas désigné de bénéficiaires, la prestation de décès sera payée à la succession.

Communication de renseignements personnels. Les renseignements fournis dans le présent formulaire pourront être communiqués, s'il y a lieu, aux personnes suivantes :

- Nos employés, sous-traitants et conseillers professionnels, ainsi que les employés, sous-traitants et conseillers professionnels de nos sociétés affiliées, qui en ont besoin pour effectuer leurs tâches liées aux utilisations susmentionnées de ces renseignements.
- Les fournisseurs dont nous retenons les services pour nous aider à remplir nos obligations en vertu du régime, notamment en matière de sécurité des renseignements, de traitement des données, traitement des demandes d'indemnisation, contrôle des fraudes, de sauvegarde, de programmation, d'envoi de courrier et de localisation de personnes; ces fournisseurs se trouvent au Canada ou à l'étranger, et les renseignements sont susceptibles de divulgation aux autorités gouvernementales.
- Les personnes que vous avez autorisées à accéder à ces renseignements.
- Les personnes que la loi autorise à consulter ces renseignements.
- Les organismes gouvernementaux, des actuaires, des compagnies d'assurance et leurs réassureurs, des fournisseurs de services, votre employeur, le conseil d'administration du régime, le syndicat et des vérificateurs.

Communications facultatives

- En cochant cette case, vous consentez à recevoir des communications électroniques sur nos autres produits et services et sur des produits et services offerts par nos fournisseurs de services ou nos fournisseurs de services affiliés.

Signature du participant	Date (aaaa/mm/jj)
--------------------------	-------------------

Protection de vos renseignements personnels. Nous reconnaissons et respectons votre droit à la vie privée. Lorsque des renseignements personnels nous sont fournis, nous les conservons dans un dossier confidentiel situé dans nos installations ou dans celles d'une organisation autorisée par nous. L'accès à ce dossier est limité à notre personnel ou à d'autres personnes autorisées par nous pour effectuer leurs tâches en rapport avec votre régime, à d'autres personnes autorisées par vous et à des personnes autorisées par la loi. Si vous souhaitez obtenir plus de détails sur nos mesures de protection de vos renseignements personnels ou sur les autres personnes à qui nous communiquons ces renseignements, consultez notre politique de protection de la vie privée à l'adresse <https://www.peoplecorporation.com/fr-ca/protection-de-la-vie-privée> ou encore, communiquez avec notre agent de protection de la vie privée par courrier envoyé à Coughlin & associés ltée, 1403, boul. Kenaston Winnipeg, MB, R3P 2T5, ou par courriel à l'adresse suivante privacy.officer@peoplecorporation.com.