

Demande de changement Régime de pension

Nom du régime :

N° d'agrément :

N° de groupe :

À être rempli par le participant/la participante

Nom du participant/de la participante : _____

Choisir l'option à changer. Remplir les cases de l'option ou des changements que vous désirez effectuer, signer et ajouter la date.

Options de changement

Option 1 : Changement d'adresse et d'autres coordonnées

Nom et n° de rue :

Ville :

Province :

Code postal :

Tél. (résidence) :

Tél. (travail) :

Courriel :

Option 2 : Changement de nom et/ou d'état matrimonial

Nom antérieur :

Nouveau nom :

État matrimonial antérieur :

État matrimonial actuel :

Explication du/des changements :

Option 3 : Changement de bénéficiaire

Renseignements sur le nouveau bénéficiaire

Je soussigné(e), participant/participante au régime de pension mentionné, révoque par la présente toute désignation de bénéficiaire antérieure et nomme expressément comme nouveau bénéficiaire :

Nom du nouveau bénéficiaire :

Lien de parenté :

***Je comprends que toutes les prestations payables au décès seront payées à mon conjoint/ma conjointe ou, en l'absence d'un conjoint/d'une conjointe, à mon bénéficiaire désigné ou à ma succession, le cas échéant.**

Option 4 : Changement de conjoint/conjointe

Renseignements sur le conjoint/la conjointe

Nom du conjoint/de la conjointe :

Date de naissance :

Date de l'union :

Signature du participant/de la participante

Signature du participant/de la participante _____ Date : _____

Signature du témoin : _____ Date : _____

Note : L'employeur échangera les renseignements contenus sur ce formulaire avec l'administrateur du régime, **Assomption Vie**, afin que celui-ci puisse effectuer les tâches nécessaires reliées à l'administration du régime de pension.