



CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE ET DE NOM



- Protection enrichie de l'AFPC - numéro de police - GL17700
- Protection assurance maladies graves de l'AFPC - numéro de police - C010367302
- 10,000\$ gratuit (A.F.P.C 10,000\$) - numéro de police - GL39240

Public Service Alliance of Canada
Alliance de la Fonction publique du Canada

S.V.P. Cochez la case appropriée

L'INFORMATION DE MEMBRE

Veillez remplir ce formulaire clairement et à l'ENCRE.

Le document ORIGINAL doit être retourné à l'adresse indiquée ci-haut.

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.

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 irrévocable 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 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

En cas de décès d'un bénéficiaire désigné ci-dessus, le capital auquel il avait droit est

payable à mes ayants droit divisé en parts égales entre tous les bénéficiaires survivants

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
----------------	--------	----------	---------------------------------

CHANGEMENT DE NOM DU SALARIÉ

Veillez nous faire parvenir une copie d'une pièce d'identité confirmant le changement de nom.

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

Veillez 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 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 ltée 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 signé dans les dossiers du titulaire de la police collective.

VÉRIFIÉ PAR :

DATE (a/m/j):