

RÉGIME COLLECTIF MACKENZIE CHANGEMENTS EN RAPPORT AVEC UN PARTICIPANT



N° du REER collectif/ RPDB/ RPACD _____
 Promoteur du régime (Employeur) _____
 Numéro de compte _____
 Numéro du titulaire du régime _____
 Nom du participant (si conjoint) _____
 Numéro d'assurance sociale _____
 Province d'emploi _____

- Veuillez cocher les changements effectués
- Cessation d'emploi / retraite / décès
- Changement d'options de placement / transfert
- Changement de bénéficiaire
- Changement d'adresse
- Changement de nom

1. CESSATION D'EMPLOI / RETRAITE / DÉCÈS

Date effective de cessation d'emploi _____
(JJ/MM/AAAA)

Motif de la cessation d'emploi

- Départ ou licenciement Retraite
- Décès (prière d'annexer une copie de l'acte de décès ou un certificat de l'entrepreneur des pompes funèbres)
- Autre motif (prière de préciser) _____

En ce qui concerne l'adhésion au régime, les cotisations ont-elles été toutes versées à la date de cessation d'emploi / retraite / décès?

Oui Non Si non, les cotisations impayées seront versées le _____
(JJ/MM/AAAA)

Administrateur du régime _____ Date _____

Signature de l'administrateur du régime _____

Interruption temporaire des cotisations

- Mise à pied temporaire du _____
 au _____
- Congé autorisé temporaire du _____
 au _____

Prière d'adresser toute correspondance ultérieure directement au participant à son adresse privée

Nom _____

Adresse _____

2. CHANGEMENT D'OPTIONS DE PLACEMENT / TRANSFERT

Je demande par les présentes que mes cotisations ultérieures soient affectées comme suit

NUMÉRO DU FONDS	PROPORTION
_____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %

Signature du titulaire du régime _____

Date _____

TRANSFERT

Je demande par les présentes que les avoirs de mon compte soient transférés comme suit. Il est entendu que les parts de fonds transférées seront évaluées au cours du moment.

Numéro du fonds d'origine	Numéro du fonds destinataire
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE – Ne s'applique pas aux résidents du Québec

Je révoque par la présente toute désignation de bénéficiaire antérieure, aux termes des dispositions du régime, et désigne la personne nommée ci-dessous à titre de bénéficiaire ayant le droit de recevoir ma participation dans le régime susmentionné, si elle est vivante au moment de mon décès. Pour le RPACD, si j'ai un(e) conjoint(e) de droit/partenaire de retraite, mon (ma) conjoint(e)/partenaire de retraite peut automatiquement avoir droit aux prestations de mon régime et remplacer la désignation de bénéficiaire, à moins qu'une renonciation du conjoint ne soit signée par le (la) participant(e) et le (la) conjointe/partenaire de retraite. Je me réserve le droit de révoquer la présente désignation.

BÉNÉFICIAIRES EN PREMIER ORDRE

Nom (prénom et nom de famille)	Relation	Part (en %)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Si je désigne un ou plusieurs bénéficiaires subsidiaires, je reconnais que ceux-ci n'auront le droit à mon régime que si aucun bénéficiaire en premier ordre n'est vivant à la date de mon décès.

BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE

Nom (prénom et nom de famille)	Relation	Part (en %)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

En l'absence d'un bénéficiaire désigné, le produit de votre (vos) régime(s) sera versé à votre succession. La désignation d'un bénéficiaire est assujettie aux lois de chacun des territoires de compétence.

4. CHANGEMENT D'ADRESSE

Nouvelle adresse _____

Nouveau numéro de téléphone _____ Signature du titulaire du régime _____

5. CHANGEMENT DE NOM

Veuillez corriger dans vos dossiers le nom du participant susmentionné qui,

de _____

est devenu _____

Signature antérieure du titulaire du régime _____

Nouvelle signature du titulaire du régime _____

Motif du changement

- Mariage (prière d'annexer copie de l'acte de mariage)
 - Reprise du nom de jeune fille (prière d'annexer copie de l'acte de changement de nom, du jugement du divorce ou de l'accord de séparation)
 - Changement de nom officiel (prière d'annexer copie de l'acte de changement de nom)
 - Autre motif (prière de préciser) _____
-

Cette section doit être remplie par le conseiller / courtier

Nom du courtier

Nom du conseiller

Code de courtier / conseiller

Date

Signature du conseiller