

Modification de renseignements divers

1245, rue Sherbrooke Ouest
 Montréal (QC) H3G 1G3
 Tél. : 1-800-242-1704
 Téléc. : 1-866-499-4480

Je désire modifier

- Langue de correspondance
- Nom
- État matrimonial (régimes de retraite agréés seulement)
- Numéro d'assurance sociale
- Date de naissance
- Taux de cotisation et (ou) fractionnement entre conjoint (REER et REER structuré seulement)
- Adresse et numéro de téléphone
- Désignation de bénéficiaire
- Désignation de fiduciaire (provinces autres que le Québec)
- Je désire apporter une autre modification

Toute modification à la province d'emploi dans le cadre de régimes de retraite, doit être remplie par l'administrateur ou le responsable du programme collectif.

Le présent formulaire s'applique aux régimes suivants :

- Tous les régimes
- RPDB
- RPEB
- FLEX
- CRI
- REER immobilisé
- RRCDSM
- RENA
- RRS du Québec
- RRA
- REER
- REER de conjoint
- REER structuré
- CELI
- Autre (préciser) : _____

Section 1 – Renseignements sur le client ou le participant

| | | | |
|--------------------|----------------|---------------|----------------------------|
| Client n° RS | Sous-groupe n° | Certificat n° | |
| Nom du client | | | |
| Nom du sous-groupe | | | |
| Nom du participant | Prénom | Initiales | Numéro d'assurance sociale |

Section 2 – Demande de modification

Partie A – Langue de correspondance

- Français English

Partie B – Changement de nom

| | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| Ancien nom | Nouveau nom | | |
| Signature (ancien nom) | | | |
| Ce changement de nom fait suite à : | | | |
| <input type="checkbox"/> Mariage | <input type="checkbox"/> Divorce | <input type="checkbox"/> Séparation | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <i>Attention – Veuillez soumettre les documents justificatifs pour tout changement de nom sauf dans le cas d'un mariage à l'extérieur du Québec. Si vous désirez modifier votre désignation de bénéficiaire, n'oubliez pas de remplir la Partie H – Modification de bénéficiaire désigné.</i> | | | |

Partie C – Modification d'état matrimonial (régimes de retraite agréés seulement)

| | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mariage | <input type="checkbox"/> Divorce | <input type="checkbox"/> Séparation | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| Nom du conjoint | Prénom | Initiale | Date de naissance (AAAA/MM/JJ) |
| <i>Attention – Veuillez soumettre les documents justificatifs pour tout changement de nom sauf dans le cas d'un mariage à l'extérieur du Québec.</i> | | | |

Partie D – Numéro d'assurance sociale

| |
|--|
| |
|--|

Partie E – Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

| |
|--|
| |
|--|

Partie F – Modification du taux de cotisation et (ou) fractionnement entre conjoints (le salarié doit remplir cette section uniquement pour un REER ou un REER structuré)

| |
|---|
| À compter du (AAAA/MM/JJ) |
| Veuillez prélever _____ \$ ou _____ % sur ma paie et affecter cette somme au régime. |
| Veuillez affecter _____ % de mes cotisations <input type="checkbox"/> salariales <input type="checkbox"/> patronales <input type="checkbox"/> facultatives au compte de mon conjoint. |
| <input type="checkbox"/> Je désire annuler mes cotisations salariales au compte de conjoint |

Partie G – Adresse

| | | | |
|-------------------------------------|-------------|----------------------|---------------------|
| Adresse du domicile (n°, rue, app.) | | | Ville |
| Province | Code postal | Téléphone (domicile) | Téléphone (travail) |

Retournez ce formulaire à la Compagnie d'assurance Standard Life du Canada (adresse ci-dessus).

Partie H – Modification de bénéficiaire désigné (la Standard Life exige l'original de la demande)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tous les régimes | <input type="checkbox"/> RRS du Québec (régime de retraite simplifié du Québec) |
| <input type="checkbox"/> RPDB (régime de participation différée aux bénéfices) | <input type="checkbox"/> RRA (régime de retraite agréé) |
| <input type="checkbox"/> RPEB (régime de participation des employés aux bénéfices) | <input type="checkbox"/> REER (régime enregistré d'épargne-retraite) <i>tous les comptes – doit être rempli par le titulaire du compte</i> |
| <input type="checkbox"/> FLEX (régime de retraite flexible) | <input type="checkbox"/> REER de conjoint (régime enregistré d'épargne-retraite de conjoint) |
| <input type="checkbox"/> CRI (compte de retraite immobilisé) | <input type="checkbox"/> REER structuré (régime enregistré d'épargne-retraite structuré) <i>tous les comptes – doit être rempli par le titulaire du compte</i> |
| <input type="checkbox"/> REER immobilisé (régime enregistré d'épargne-retraite immobilisé) | <input type="checkbox"/> CELI (compte d'épargne libre d'impôt) |
| <input type="checkbox"/> RRCDSM (régime de retraite à cotisation déterminée simplifié du Manitoba) | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> RENA (régime d'épargne non agréé) | |

Attention – Conformément aux dispositions des régimes susmentionnés, je révoque toutes mes désignations de bénéficiaire précédentes et, par les présentes, je désigne les personnes indiquées ci-après comme bénéficiaires des sommes payables à mon décès en vertu desdits régimes.

Renseignements sur les bénéficiaires

Advenant mon décès, je demande que toute somme payable en vertu de mon régime, à la date de mon décès ou après, soit versée à :

- ma succession ou aux bénéficiaires suivants

| Premiers bénéficiaires | | | | Doit totaliser 100 % | |
|------------------------|--------|-------------------|-----------------|----------------------|--|
| Nom | Prénom | Date de naissance | Lien de parenté | Part en % | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Bénéficiaires subsidiaires | | | | Doit totaliser 100 % | |
|----------------------------|--------|-------------------|-----------------|----------------------|--|
| Nom | Prénom | Date de naissance | Lien de parenté | Part en % | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Si votre bénéficiaire désigné décède avant vous, nous verserons les prestations à tout bénéficiaire survivant ou, en l'absence d'un bénéficiaire survivant, à votre succession. Toute désignation de bénéficiaire, y compris celle d'un conjoint, est révocable.

Désignation de fiduciaire (provinces autres que le Québec)

Advenant que mon bénéficiaire soit mineur à la date à laquelle les prestations de décès sont payables, je désigne la personne suivante, à titre de fiduciaire, aux fins de recevoir les prestations au nom du bénéficiaire, de détenir les prestations jusqu'à ce que mon bénéficiaire atteigne l'âge de la majorité et de donner une quittance valide à Standard Life au Canada relativement au versement desdites prestations :

| | | | |
|--|-------------|----------------------|---------------------|
| Nom | Prénom | Initiale | |
| Adresse du domicile (n°, rue, app.) | | | Ville |
| Province | Code postal | Téléphone (domicile) | Téléphone (travail) |
| Signature du salarié ou du participant | | | |

La désignation est valide si elle satisfait aux exigences de la législation pertinente.

À remplir si vous avez désigné votre conjoint comme bénéficiaire (participant du Québec)

Au Québec, la désignation de votre conjoint, avec qui vous êtes marié ou uni civilement, à titre de bénéficiaire, est irrévocable, sauf indication contraire ci-après. Si vous avez désigné votre conjoint comme bénéficiaire, le fait de vous réserver le droit de révoquer toute désignation de bénéficiaire facilitera toute demande ultérieure de changement de bénéficiaire. Une désignation irrévocable ne peut être modifiée que si le bénéficiaire signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire.

La désignation de mon bénéficiaire est RÉVOCABLE OU La désignation de mon bénéficiaire est IRRÉVOCABLE

| | |
|--|--|
| Signature du salarié ou du participant | Signature du salarié ou du participant |
|--|--|

Partie I – Autres modifications

| |
|--|
| |
| |

Section 3 – Signature

Je reconnais que les renseignements personnels fournis aux présentes sont strictement confidentiels et qu'ils seront utilisés, échangés et conservés aux seules fins du régime. J'atteste que, à ma connaissance, lesdits renseignements sont véridiques, exacts et complets.

| | | |
|--|---------------|-------------------|
| Signature du salarié ou du participant (obligatoire) | En majuscules | Date (AAAA/MM/JJ) |
|--|---------------|-------------------|

Section 4 – Réserve à l'administrateur ou au responsable du programme collectif

| | |
|-------------------|---|
| Province d'emploi | Date d'effet du changement (AAAA/MM/JJ) |
| Signature | Date (AAAA/MM/JJ) |