Mackenzie PLACEMENTS

RÉGIME COLLECTIF MACKENZIE
CHANGEMENTS EN RAPPORT AVEC UN PARTICIPANT

180, rue Queen Ouest
Toronto (Ontario) M5V 3K1
T 1 800 387 0615 ou 416 920 5220
F 1 866 766 6623 ou 416 922 5660
C groupadmin@mackenziefinancial.com

Nº 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 :

- ❑ 1. Cessation d'emploi / retraite /décès
- ❑ 2. Changement d'options de placement / transfert
- ❑ 3. Changement de bénéficiaire
- ❑ 4. Changement d'adresse
- ❑ 5. Changement de nom

1. CESSATION D'EMPLOI / RETRAITE / DÉCÈS

Date effective de cessation d'emploi : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

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 _____
(Date)

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 _____
(s'il prend les décisions de placement)

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 – *Les désignations de bénéficiaires sont régies par les lois provinciales et territoriales.*

Désignation révocable de bénéficiaire

Je révoque par les présentes toute désignation antérieure de bénéficiaire relativement aux intérêts que j'ai dans le régime susmentionné et, conformément aux dispositions du régime, je désigne la personne nommée ci-dessous comme bénéficiaire. Je me réserve le droit de révoquer cette décision.

Nom _____ Lien _____

Adresse _____

Signature du titulaire du régime _____ Date _____

Pour nommer un fiduciaire lorsque le bénéficiaire désigné a moins de 18 ans.
Je nomme par les présentes la personne dont le nom suit comme fiduciaire pour tout bénéficiaire de moins de 18 ans ou pour tout bénéficiaire incapable (à moins qu'un fiduciaire n'ait été nommé dans un contrat de fiducie distinct).

Nom _____ Lien _____

Adresse _____

Signature du titulaire du régime _____ Date _____

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 _____

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)* _____

Signature

_____
Signature antérieure du titulaire du régime

_____
Nouvelle signature du titulaire du régime

Cette section doit être remplie par le conseiller

Réservé au conseiller / courtier

_____ _____
Nom du courtier Nom du conseiller

_____ _____
Code de courtier / conseiller Date Signature du conseiller

12776

Distribution : *Blanc* – Mackenzie / *Jaune* – Participant / *Rose* – Promoteur du régime / *Orangé* – Conseiller