

**Veillez remplir les champs lisiblement en caractères d'imprimerie.  
N'oubliez pas de signer et de dater le formulaire.**

Le présent formulaire est également accessible sur le site Web de la Financière Manuvie à l'adresse [www.manuvie.ca/PRO](http://www.manuvie.ca/PRO).

**Partie 1**

**Ne remplissez que les parties qui se rapportent aux changements à apporter.  
Indiquez le type de changement à apporter.**

- Changement de nom – Remplir les parties 1, 2, 3 et 7
- Changement de bénéficiaire(s) – Remplir les parties 1, 2, 4 et 7
- Changement de coordonnées – Remplir les parties 1, 2, 5 et 7
- Autre changement – Remplir les parties 1, 2, 6 et 7

**Partie 2**

**Renseignements personnels**

**Si vous ne connaissez pas votre numéro de participant, veuillez vous adresser à votre administrateur de régime. Veuillez inscrire le nom de participant figurant actuellement dans nos dossiers lorsque vous présentez une demande de changement de nom.**

À remplir en entier. 

Promoteur du régime ou employeur		Numéro de contrat collectif	
Numéro de participant		Numéro de client	
Nom de participant le plus récent (tel qu'il figure dans nos dossiers)		Prénom	

**Partie 3**

**Changement de nom**

Nom du participant		Prénom	
Signature du témoin ou de l'administrateur de régime			Date (jj//m/mm/aaaa)

**Partie 4**

*Une désignation de bénéficiaire révoicable peut être changée en tout temps.*

*Une désignation de bénéficiaire irrévocable ne peut pas être changée sans le consentement écrit du bénéficiaire désigné. Vous devez également obtenir le consentement du bénéficiaire désigné avant d'effectuer un retrait ou un virement d'actif de votre compte. Le père, la mère ou un tuteur ne peut pas donner de consentement au nom d'un mineur ayant été désigné comme un bénéficiaire irrévocable.*

*Si vous souhaitez désigner plus de trois bénéficiaires, joignez au présent formulaire une feuille distincte contenant le nom de chaque bénéficiaire et le pourcentage des sommes dues devant leur être versées.*

*Si votre compte contient des fonds immobilisés et que vous avez un conjoint à la date de votre décès, il est possible que, en vertu des lois applicables, les sommes dues soient versées à votre conjoint sans égard aux bénéficiaires que vous avez désignés.*

*Si votre bénéficiaire est mineur à votre décès, le fiduciaire désigné sur le présent formulaire agira en son nom.*

**Changement de bénéficiaire(s)**

Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, les sommes dues seront versées à vos ayants droit.

- Cochez la case ci-contre si vous joignez au formulaire la liste de vos bénéficiaires. Le cas échéant, veuillez signer et dater la liste.

Nom	Lien	Pourcentage des sommes dues
		%
		%
		%
<b>Le total doit être égal à 100 %.</b>		<b>100 %</b>

Les bénéficiaires désignés ci-dessus sont considérés comme révocables, à moins que vous n'indiquiez qu'ils sont « irrévocables ».

**Si vous habitez au Québec :**

La désignation d'un conjoint comme bénéficiaire est considérée comme irrévocable, à moins d'indication contraire.

Si vous voulez que la désignation d'un conjoint comme bénéficiaire soit révoicable, cochez la case suivante :

- Désignation révoicable

**Fiduciaire d'un bénéficiaire mineur désigné ci-dessus** (ne s'applique pas au Québec) :

Toute somme à verser à un bénéficiaire mineur doit être versée en fiducie au fiduciaire dont le nom apparaît ci-dessous.

Au Québec, les sommes dues sont versées en fiducie au tuteur du bénéficiaire mineur.

Nom du fiduciaire		Lien	
-------------------	--	------	--

Étant donné que la désignation de bénéficiaire actuelle est irrévocable, j'accepte par les présentes le changement de bénéficiaire(s) indiqué à la partie 4.

Signature du bénéficiaire irrévocable (si nécessaire)			Date (jj//m/mm/aaaa)
-------------------------------------------------------	--	--	----------------------

## Partie 5

### Changement de coordonnées

Adresse postale (numéro, rue et appartement)				
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone	Poste
Courriel				

## Partie 6

### Autre changement

--

## Partie 7

***Vous devez apposer votre signature pour autoriser la modification de TOUT renseignement demandé ci-dessus.***

### Signature

Signature du participant	Date (jj/mm/aaaa)
--------------------------	-------------------

### Directives d'envoi

Faites parvenir votre formulaire dûment rempli et signé à l'une des adresses ci-dessous.

#### Si vous habitez à l'extérieur du Québec :

**Financière Manuvie**  
SRC, Service à la clientèle  
P.O. Box 396  
Waterloo (Ontario) N2J 4A9

#### Si vous habitez au Québec :

**Financière Manuvie**  
Solutions Retraite collectives  
2000, rue Mansfield, bureau 1410  
Montréal (Québec) H3A 3A2