

Changements apportés au régime collectif

Placements CI Inc. faisant affaire sous le nom d'entreprise enregistrée de Gestion mondiale d'actifs CI (« GMA CI », « nous », « notre », « nos ») a besoin de renseignements personnels pour administrer et fournir des services associés à votre compte (« Services de compte »). Nous utilisons les renseignements personnels recueillis à travers ce formulaire pour fournir les produits et services que vous avez demandés, pour les améliorer et pour remplir nos obligations légales et réglementaires. Des clauses de confidentialité supplémentaires s'appliquent à l'utilisation de nos services en ligne et de certains autres services. Nous ne sommes pas responsables des fournisseurs de services tiers, tels que votre conseiller financier et son courtier, qui traitent les renseignements personnels conformément à leurs propres conditions. Nous partageons vos renseignements personnels avec les sociétés affiliées de la Financière CI et leurs filiales lorsque cela est nécessaire pour administrer et gérer votre compte. Vous avez le droit de demander l'accès à vos renseignements personnels, de les corriger ou de retirer votre consentement au traitement de ceux-ci. Pour plus d'informations, y compris en ce qui concerne notre utilisation de fournisseurs de services à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence, veuillez communiquer avec notre responsable de la protection de la vie privée ou consulter la Politique de confidentialité de GMA CI à l'adresse <https://www.cifinancial.com/ci-gam/ca/fr/legal/privacy.html>.

Nom de l'employeur		Nom de l'employé	
Adresse postale de l'employé (Y compris le numéro d'appartement, le numéro de boîte postale)			Ville, village
Province	Code postal	NAS de l'employé	Numéro de compte CI

Veuillez mettre à jour l'adresse

1. Avis de cessation d'emploi/retraite/décès

Date de cessation d'emploi	Veuillez arrêter le paiement automatisé
Retraite à compter du	
Décès (veuillez fournir une copie de l'acte de décès)	Date d'arrêt (JJ/MM/AAAA)
Autre (veuillez expliquer)	
	Signature de l'administrateur du régime
	Date (JJ/MM/AAAA)

2. Changement de désignation de bénéficiaire (pour les régimes enregistrés seulement)

Par la présente, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure au compte susmentionné et je désigne la personne nommée ci-dessous comme mon bénéficiaire. Je me réserve le droit de révoquer cette désignation.

Nom	Relation	Veuillez mettre à jour l'adresse
Adresse postale (Y compris le numéro d'appartement, le numéro de boîte postale.)		
Ville, village	Province	Code postal
Signature du membre	Date (JJ/MM/AAAA)	Témoin

Pour le changement de bénéficiaire du REEE, veuillez fournir les renseignements supplémentaires suivants :

Numéro d'assurance sociale	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe
----------------------------	--------------------------------	------

3. Changement de nom du client

Veuillez changer le nom du titulaire de compte indiqué ci-dessus. **Pas de modification**

Expéditeur	Destinataire	
Raison du changement :	Mariage (voir copie de l'acte de mariage ci-jointe)	Changement de nom légal (voir la copie de l'acte de changement de nom ci-jointe)
	Reprise du nom de jeune fille (voir l'entente de divorce ou de séparation ci-jointe)	

Signature du titulaire de compte avant le changement	Date (JJ/MM/AAAA)	Signature du titulaire de compte après le changement	Date (JJ/MM/AAAA)
--	-------------------	--	-------------------

4. Modification des instructions de placement permanent

Veillez modifier toutes les cotisations futures au compte mentionné ci-dessus pour refléter l'allocation suivante

Pas de modification

Numéro du fonds	Nom du fonds	Attribution de fonds

Signature du membre

Signature du conseiller financier

Numéro de courtier-représentant

Signature de l'employeur (s'il prend toutes les décisions de placement)

Date (JJ/MM/AAAA)