

Veuillez remplir les champs lisiblement en caractères d'imprimerie.

Veuillez remplir, signer et envoyer le formulaire à la Manuvie si vous souhaitez ajouter ou supprimer des droits d'accès aux renseignements sur le régime par Internet, par téléphone et par courriel.

Si vous avez des questions au sujet du formulaire, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle destiné aux promoteurs de régime, au 1 888 713-7788.

Section 1 Renseignements sur le régime

Promoteur du régime (employeur)
Numéro(s) de contrat

Section 2 Ajout de droits d'accès

Veuillez accorder l'accès à la personne ou aux personnes ci-contre.

Administrateur du régime :
Principale personne-ressource qui a un accès complet aux renseignements sur le régime.

Membre du personnel :
Seconde personne-ressource qui a un accès limité aux renseignements sur le régime.

1. Titre : <input type="checkbox"/> Administrateur du régime <input type="checkbox"/> Membre du personnel	2. Titre : <input type="checkbox"/> Administrateur du régime <input type="checkbox"/> Membre du personnel
Nom	Nom
Numéro de client existant (s'il y a lieu) Division (s'il y a lieu)	Numéro de client existant (s'il y a lieu) Division (s'il y a lieu)
Adresse au travail	Adresse au travail
Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) Téléphone au travail	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) Téléphone au travail
Courriel	Courriel

3. Titre : <input type="checkbox"/> Administrateur du régime <input type="checkbox"/> Membre du personnel	4. Titre : <input type="checkbox"/> Administrateur du régime <input type="checkbox"/> Membre du personnel
Nom	Nom
Numéro de client existant (s'il y a lieu) Division (s'il y a lieu)	Numéro de client existant (s'il y a lieu) Division (s'il y a lieu)
Adresse au travail	Adresse au travail
Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) Téléphone au travail	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) Téléphone au travail
Courriel	Courriel

Section 3 Suppression de droits d'accès

Veuillez retirer l'accès à la personne ou aux personnes ci-contre.

1. Titre : <input type="checkbox"/> Administrateur du régime <input type="checkbox"/> Membre du personnel	2. Titre : <input type="checkbox"/> Administrateur du régime <input type="checkbox"/> Membre du personnel
Nom	Nom
Numéro de client existant (s'il y a lieu) Division (s'il y a lieu)	Numéro de client existant (s'il y a lieu) Division (s'il y a lieu)

Section 4 Renseignements additionnels

--

Section 5 Signature

Le formulaire doit être signé par le titulaire du contrat, le promoteur du régime ou l'administrateur actuel du régime.

J'autorise que les changements ci-dessus soient apportés aux droits d'accès aux renseignements sur le régime. De plus, je reconnais que ces changements ont une incidence sur l'accès aux renseignements personnels des participants et à ceux relatifs au régime de ces derniers.

Nom et titre (en caractères d'imprimerie)	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature	

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 :

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

Si vous habitez au Québec :

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

Au besoin, conservez une photocopie pour vos dossiers.