

Veillez remplir, signer et envoyer le formulaire à 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.

Veillez remplir les champs lisiblement en caractères d'imprimerie.

Section 1**Renseignements sur le régime**

Promoteur du régime (employeur)

Numéro(s) de contrat

Section 2**Ajout de droits d'accès**

Veillez 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 : Administrateur du régime Membre du personnel

Nom	
Numéro de client existant (s'il y a lieu)	Division (s'il y a lieu)
Adresse au travail	
Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Téléphone au travail
Courriel	

2. Titre : Administrateur du régime Membre du personnel

Nom	
Numéro de client existant (s'il y a lieu)	Division (s'il y a lieu)
Adresse au travail	
Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Téléphone au travail
Courriel	

3. Titre : Administrateur du régime Membre du personnel

Nom	
Numéro de client existant (s'il y a lieu)	Division (s'il y a lieu)
Adresse au travail	
Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Téléphone au travail
Courriel	

4. Titre : Administrateur du régime Membre du personnel

Nom	
Numéro de client existant (s'il y a lieu)	Division (s'il y a lieu)
Adresse au travail	
Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Téléphone au travail
Courriel	

Section 3**Suppression de droits d'accès**

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

1. Titre : Administrateur du régime Membre du personnel

Nom	
Numéro de client existant (s'il y a lieu)	Division (s'il y a lieu)

2. Titre : Administrateur du régime Membre du personnel

Nom	
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.

À l'extérieur du Québec :

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

Au Québec :

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