

Avis de cessation d'emploi ou de départ en retraite transmission par télécopieur

C.P. 11464, succ. Centre-ville, Montréal (QC) H3C 5M3

Tél. : 1-800-242-1704 Téléc. : 1-866-499-4480

Doit être rempli par l'administrateur ou le responsable du régime, puis retourné aux services à la clientèle de Manuvie (voir l'adresse ci-dessus).

Client n° RS	Nom du client	Sous-groupe n°
-----------------	---------------	----------------

Section 1 – Avis de cessation d'emploi ou de départ en retraite

Nom du salarié	Adresse	NAS	Certificat n°	Téléphone (domicile)	Date de la dernière cotisation (AAAA/MM/JJ)	Date de cessation (AAAA/MM/JJ)	Retraite	Cessation d'emploi
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 2 – Autorisation de l'administrateur ou du responsable du régime

Je reconnais que les renseignements personnels fournis sont strictement confidentiels et qu'ils seront utilisés, échangés et conservés uniquement aux fins de ce régime. J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements fournis aux présentes sont véridiques, exacts et complets.

Signature	Nom (en majuscules)
-----------	---------------------

Téléphone (domicile)	Date (AAAA/MM/JJ)
----------------------	-------------------