

Administrateur du régime : Veuillez compléter et signer la section 1. Complétez les modifications aux sections 2 à 4, si applicables. Envoyer à Benecaid.

1. GROUPE	Nom de l'entreprise :		Numéro du groupe :	
	Nom de l'administrateur du régime :	Signature :		Signé le : AAAA MM JJ

2. CHANGEMENT DE GROUPE	Date effective : AAAA MM JJ	Nom de la nouvelle entreprise (le cas échéant) :		
	Adresse :		N° d'app. :	C.-P. :
	Ville :		Province :	Code postal :
	Téléphone :		Télécopieur :	

3. CESSATION D'EMPLOI DE L'EMPLOYÉ	ID du client	Nom de famille	Prénom	Date effective
				AAAA MM JJ
				AAAA MM JJ
				AAAA MM JJ
				AAAA MM JJ
				AAAA MM JJ
				AAAA MM JJ
				AAAA MM JJ
				AAAA MM JJ

4. CHANGEMENT À LA CONTRIBUTION DE L'EMPLOYÉ	ID du client	Nom de famille	Prénom	Nouvelle contribution nette	Date effective
					AAAA MM JJ
					AAAA MM JJ
					AAAA MM JJ
					AAAA MM JJ
					AAAA MM JJ
					AAAA MM JJ
					AAAA MM JJ
					AAAA MM JJ