

# DEMANDE POUR MODIFIER OU ANNULER UNE PART SOCIALE

Date: \_\_\_\_\_

Nom du membre: \_\_\_\_\_

Adresse complète: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Téléphone: \_\_\_\_\_

Ce document signifie que je veux:

Annuler ma part

Transférer ma part à \_\_\_\_\_

-> Nouveau # d'assurance sociale \_\_\_\_\_

Ajouter le nom suivant à ma part \_\_\_\_\_

Enlever le nom suivant à ma part \_\_\_\_\_

Raison:

Déménagement

Décès\*

Autre (svp spécifier): \_\_\_\_\_

Nouvelle adresse, nom, si nécessaire:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres informations pertinentes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

*\*N.B. Si le membre est décédé, svp joindre le certificat de décès et une copie du testament.*