

DEMANDE DE DOCUMENTS PAR LE PARTICIPANT

| Nom du participant | |
|-------------------------|--|
| Nom | |
| N° d'identification | |
| Adresse du participant | |
| Adresse municipale | |
| Ville | |
| Province | |
| Code postal | |
| Document(s) demandé(s) | |
| | |
| | |
| | |
| Raison(s) de la demande | |
| | |
| | |
| | |

Il est possible que les documents puissent être consultés au bureau de l'administrateur du régime ou du coordonnateur du régime. Une de ces personnes sera présente pour vous expliquer la nature et le contenu des documents que vous avez demandé d'examiner.

Les documents seront ceux en vigueur à la date de la demande et ils doivent rester confidentiels. Il est interdit de les photocopier ou de les prendre en photos. Tous les documents sont susceptibles d'être modifiés de temps à autre.

Je confirme que les renseignements susmentionnés sont véridiques et exacts et j'accepte les modalités énoncées sur ce formulaire.

Signature

Date

Veillez retourner ce formulaire dûment rempli à :

Leta Kennedy, administratrice du régime

IATSE Local 667/669 Group Benefit Plan Office – Bureau du régime d'avantages sociaux collectif des sections locales 667/669 de l'AIEST

217 – 3823 Henning Drive

Burnaby, BC V5C 6P3

Tél. : 778-329-4455

Sans frais (Canada entier): 1-866-366-9667

Courriel : hwadmin@iatse667-669healthplan.com