



Benefit Funds

Change of Address Form /Formulaire de changement d'adresse

Date /Date _____

Social Insurance Number (Participant) /Numéro d'assurance sociale (participant)

Social Insurance Number (Beneficiary) /Numéro d'assurance sociale (bénéficiaire)

Participant or Beneficiary Name /Nom du participant ou du bénéficiaire

(Last) (First) (Middle)
(Nom de famille) (Prénom) (Second prénom)

Old Address/ Ancienne adresse

Address /Adresse _____

City /Ville _____ Province /Province _____

Postal Code /Code postal _____

New Address, Phone Number and Email /Nouvelle adresse, numéro de téléphone et adresse électronique

Address /Adresse _____

City /Ville _____ Province /Province _____

Postal Code /Code postal _____

Phone #1/Numéro de téléphone #1 _____

Phone #2 /Numéro de téléphone #2 _____

Email Address /Courriel _____@_____.

Please turn page /Veuillez tourner la page

CERTIFICATION / CERTIFICATION:

I /Je, _____, (Printed Name/ caractère d'imprimerie)
hereby attest that the above information is truthful and correct / atteste par la présente que
l'information ci-dessus est véridique et exacte.

Signature /Signature _____ Date /Date _____

NOTE/ NOTE: Si vous signez ce formulaire au nom du participant du fonds ou d'un bénéficiaire, vous devez aussi soumettre une procuration ou une lettre de curatelle à l'Office des Fonds.

If person completing this form is not the participant/beneficiary currently receiving payment, please state relationship /Si la personne qui complète ce formulaire n'est pas le participant/bénéficiaire qui reçoit présentement le paiement, veuillez établir la relation avec le participant/bénéficiaire :

_____.

Completed forms may be mailed to 1800 Massachusetts Ave. NW, Suite 301, Washington, DC 20036, emailed to info@seiufunds.org or faxed to 202-842-0046. /Les formulaires complétés peuvent être postés à l'adresse suivante: 1800, Massachusetts Ave, NW, Suite 301, Washington, DC 20036, envoyés via courriel: info@seiufunds.org ou télécopiés au 202-842-0046.