



Benefit Funds

SEIU Benefit Funds' policy prohibits us from revealing information about your Plan benefits to another person, without your written approval. Please read this form carefully and print your information legibly.

La politique du Fonds de retraite SEIU nous interdit de révéler des renseignements sur les prestations de votre régime à une autre personne, sans votre approbation écrite. Veuillez lire ce formulaire attentivement et fournir vos renseignements lisiblement.

Participant/Pensioner Name
Nom du participant/prestataire

Social Insurance#
Numéro d'assurance sociale

Date of Birth
Date de naissance

I hereby authorize the following person/entity to receive my/the above named participant's/pensioner's benefit information and/or designate him/her as my representative to act on my/the above-named participant's/pensioner's behalf:

Par la présente, j'autorise la personne/l'entité suivante à recevoir mes/les renseignements sur les prestations du participant/prestataire susmentionné et/ou à le/la désigner comme mon représentant pour agir en mon nom ou au nom du participant/prestataire susmentionné:

Name of Authorized Person/Entity /and or Designated Representative
Nom de la personne ou personne morale autorisée et/ou du représentant désigné

Address of Authorized Person/Entity /and or Designated Representative
Adresse de la personne ou personne morale autorisée et/ou du représentant désigné

Telephone number /Numéro de téléphone

I authorize the SEIU Benefit Funds to/J'autorise le Fonds de pension SEIU à:

- Discuss eligibility/benefit information with the authorized Person/Entity and/or Designated Representative. /discuter de l'admissibilité et des renseignements sur les prestations avec la personne ou personne morale autorisée et/ou avec le représentant désigné.
- Allow the above-named authorized Person/Entity and/or Designated Representative to make transactions (e.g., change address & telephone number, direct deposit information, change beneficiary on participant's/pensioner's behalf. I have attached a fully executed Power of Attorney naming the above-named authorized Person/Entity and/or Designated Representative. Appropriate legal documents **must** be attached. Submission of such documents is for the Funds' review and approval and until such documents are approved by the Funds, they shall not be binding on the Funds. /permettre à la personne ou personne morale autorisée et/ou au représentant désigné ci-dessus d'effectuer des transactions (par exemple, changement d'adresse et de numéro de téléphone, information pour le dépôt direct, changement de bénéficiaire au nom du participant/prestataire. J'ai joint une procuration écrite nommant la personne ou personne morale autorisée et/ou le représentant désigné ci-dessus. Les documents légaux appropriés **doivent** être joints. Ces documents sont présentés aux fins d'examen et d'approbation par le Fonds et ne seront opposables au Fonds qu'après avoir été approuvés.
- Allow my Designated Representative to file a complaint or appeal on my/the above-named participant's/pensioner's behalf. /Je permets à mon représentant désigné de porter plainte ou d'interjeter appel en mon nom et/ou au nom du participant/prestataire.
- Other (specify) /Autre (préciser): _____

Purpose of this Authorization (check one) /Objet de cette autorisation (cocher un choix): |

- At the request of the participant [] Other | Au nom du participant () Autre _____

This Authorization is valid for the duration of my eligibility with the Funds unless a different expiration date is indicated here /Cette autorisation est valide pour la durée de ma période d'admissibilité avec le Fonds à moins qu'une date d'échéance différente soit indiquée ici:

_____ (Specify month, day, year /Préciser la date, le mois et l'année)

I understand that this Authorization to Release Information and/or Designation of a Representative allows only the actions specified above. ***I understand that I may revoke this Authorization to Release***

Information and/or Designation of a Representative at any time, except to the extent that action has been taken in reliance upon it, by submitting a request in writing to the Fund. I understand that the person/entity I have named to receive information may not be subject to privacy laws. They may be able to release the information and privacy laws may no longer protect the information. I do hereby affirm that I am the above-named participant or the person with the legal authority to act on behalf of the above-named participant. /Je comprends que cette autorisation de divulgation d'information et/ou de désignation d'un représentant permet seulement les actions mentionnées ci-dessus. ***Je comprends que je peux révoquer cette autorisation de divulgation d'information et/ou de désignation d'un représentant à n'importe quel moment en soumettant une demande par écrit au Fonds, sauf dans la mesure où une action a été exécutée en vertu de cette autorisation.*** Je comprends que la personne ou personne morale désignée pour recevoir de l'information pourrait ne pas être soumise aux lois sur confidentialité. Elle pourrait être en mesure de divulguer de l'information et les lois sur la confidentialité pourraient ne plus pouvoir protéger cette information. J'atteste par la présente que je suis le participant ou la personne détenant l'autorité légale d'agir au nom du participant mentionné ci-dessus.

Signature of Participant /Signature du participant _____

Print name of Participant /Nom du participant en caractères d'imprimerie |

_____ Date /Date _____