INTEGRIS

INTEGRIS Pension Management Corp.

PPP® Setup Request e-Form

rev.: 05-003-20190101EF

◉ English ○ français

Validate Form

For further information, please contact

INTEGRIS

INTEGRIS PPP

ppp-setup@integris-mgt.com

1-844-4-THE-PPP (1-844-484-3777)

1&2

Opening this form inside of a web browser is not recommended. Some browsers that let you see the form won't let you save the data entered. Please download it and open it with Adobe Acrobat. Not doing so may result in lost data and time. If you do not have the full version of Adobe Acrobat, you can download and install the free Acrobat Reader from https://get.adobe.com/reader/.

See instructions 1. and 2. for important information.

L'ouverture de ce formulaire à l'intérieur d'un navigateur Web n'est pas recommandée. Certains navigateurs vous permettant de voir le formulaire ne vous permettent toutefois pas de sauvegarder les données saisies. Veuillez le télécharger et l'ouvrir avec Adobe Acrobat. Ne pas le faire peut entraîner une perte de données et de temps. Si vous ne possédez pas la version complète d'Adobe Acrobat, vous pouvez télécharger et installer gratuitement Acrobat Reader à l'adresse https://get.adobe.com/reader/.

Voir instructions 1 et 2 pour de l'information importante.

PERSONAL PENSION PLAN (PPP) SETUP

3&4

Provincial Authority:	Product Platform:	Normal Retirement Age:	Language of Correspondence:
Ontario	Insurance (iA)	65	English

This PPP Setup request is for (select one):

Setup of a new PPP®

Existing Plan Name: Existing CRA Plan No.:

Select the Member(s)/Employee(s) participating in the Plan:

☑ Member #1 (Primary) ☐ Member #2 ☐ Member #3 ☐ Member #4

Select the Sponsor(s)/Employer(s) participating in the Plan:

☑ Sponsor #1 (Primary) ☐ Sponsor #2 ☐ Sponsor #3

CLIENT(S) INVESTMENT ADVISOR

5

First Name:	Last Name:	Title:	
Company Name:			
Email Address:		Phone Number: Ext.:	Fax Number:

MEMBER/EMPLOYEE #1 (PRIMARY MEMBER)

6

Salutation:	First Name:	Other Name(s):	Last Name:
Date of Birth:	Gender:	Social Insurance Number:	Marital Status:

8&9

First Year PPP Provision Type:	Expected Year of Retirement:		
Primary Email Address:		Primary Phone Number:	
Alternate Email Address:		Alternate Phone Number:	
Street 1:			
Street 2:		Street 3:	
City:	Province:	Country:	Postal Code:

10

Buy Back of Past Service

Check this box if buying back past service:	If checked, indicate the year(s) or range(s) of years to be recognized:
☐	

MEMBER/EMPLOYEE #1 (PRIMARY MEMBER) CONTINUED

Spouse

Salutation:	First Name:	Other Name(s):	Last Name:
Date of Birth:	Gender:		

Beneficiary Designation

11

#	First Name	Last Name	Date of Birth	Relationship	Type	Share %	Revocability
1							
2							
3							
4							
5							
					Total Share %:		

SPONSOR/EMPLOYER #1 (PRIMARY SPONSOR)

7

Company Name:			Business Number:
Incorporation Date:	Fiscal Year End:	Payroll Sub-Account No.:	
Company Type:	Nature of Business:		NAICS Code:
Street 1:			
Street 2:		Street 3:	
City:	Province:	Country:	Postal Code:
Phone Number:	Fax Number:		

Contact Person

13

First Name:	Last Name:	Title:	
Primary Email Address:		Primary Phone Number Ext.:	Fax Number:
Alternate Email Address:		Alternate Phone Number:	

Authorized Signing Officer

14

Same as Contact Person above: ☐

First Name:	Last Name:	Title:	
Primary Email Address:		Primary Phone Number Ext.:	Fax Number:
Alternate Email Address:		Alternate Phone Number:	

Employment Dates/Connected & Related Persons

15

Member	Employed Since	Connected Person	Related Person
#1		☐	☐
#2		☐	☐
#3		☐	☐
#4		☐	☐

COMPLETE PAGES 3 & 4 IF THERE ARE MORE THAN ONE (1) PARTICIPATING EMPLOYEE IN THIS PLAN

MEMBER/EMPLOYEE #2

Salutation:	First Name:	Other Name(s):	Last Name:
Date of Birth:	Gender:	Social Insurance Number:	Marital Status:
First Year PPP Provision Type:	Expected Year of Retirement:		
Primary Email Address:		Primary Phone Number:	
Alternate Email Address:		Alternate Phone Number:	
Street 1:			
Street 2:		Street 3:	
City:	Province:	Country:	Postal Code:

Buy Back of Past Service

Check this box if buying back past service: ☐	If checked, indicate the year(s) or range(s) of years to be recognized:

Spouse

Salutation:	First Name:	Other Name(s):	Last Name:
Date of Birth:	Gender:		

Beneficiary Designation

#	First Name	Last Name	Date of Birth	Relationship	Type	Share %	Revocability
1							
2							
3							
4							
5							
					Total Share %:		

MEMBER/EMPLOYEE #3

Salutation:	First Name:	Other Name(s):	Last Name:
Date of Birth:	Gender:	Social Insurance Number:	Marital Status:
First Year PPP Provision Type:	Expected Year of Retirement:		
Primary Email Address:		Primary Phone Number:	
Alternate Email Address:		Alternate Phone Number:	
Street 1:			
Street 2:		Street 3:	
City:	Province:	Country:	Postal Code:

MEMBER/EMPLOYEE #3 CONTINUED

Buy Back of Past Service

Check this box if buying back past service: ☐	If checked, indicate the year(s) or range(s) of years to be recognized:

Spouse

Salutation:	First Name:	Other Name(s):	Last Name:
Date of Birth:	Gender:		

Beneficiary Designation

#	First Name	Last Name	Date of Birth	Relationship	Type	Share %	Revocability
1							
2							
3							
4							
5							
					Total Share %:		

MEMBER/EMPLOYEE #4

Salutation:	First Name:	Other Name(s):	Last Name:
Date of Birth:	Gender:	Social Insurance Number:	Marital Status:
First Year PPP Provision Type:	Expected Year of Retirement:		
Primary Email Address:		Primary Phone Number:	
Alternate Email Address:		Alternate Phone Number:	
Street 1:			
Street 2:		Street 3:	
City:	Province:	Country:	Postal Code:

Buy Back of Past Service

Check this box if buying back past service: ☐	If checked, indicate the year(s) or range(s) of years to be recognized:

Spouse

Salutation:	First Name:	Other Name(s):	Last Name:
Date of Birth:	Gender:		

Beneficiary Designation

#	First Name	Last Name	Date of Birth	Relationship	Type	Share %	Revocability
1							
2							
3							
4							
5							
					Total Share %:		

COMPLETE PAGES 5 & 6 IF THERE ARE MORE THAN ONE (1) PARTICIPATING EMPLOYER IN THIS PLAN

SPONSOR/EMPLOYER #2

Company Name:			Business Number:
Incorporation Date:	Fiscal Year End:	Payroll Sub-Account No.:	
Company Type:	Nature of Business:		NAICS Code:
Street 1:			
Street 2:		Street 3:	
City:	Province:	Country:	Postal Code:
Phone Number:	Fax Number:		

Contact Person

First Name:	Last Name:	Title:	
Primary Email Address:		Primary Phone Number Ext.:	Fax Number:
Alternate Email Address:		Alternate Phone Number:	

Authorized Signing Officer

Same as Contact Person above: ☐

First Name:	Last Name:	Title:	
Primary Email Address:		Primary Phone Number Ext.:	Fax Number:
Alternate Email Address:		Alternate Phone Number:	

Employment Dates/Connected & Related Persons

Member	Employed Since	Connected Person	Related Person
#1		☐	☐
#2		☐	☐
#3		☐	☐
#4		☐	☐

SPONSOR/EMPLOYER #3

Company Name:			Business Number:
Incorporation Date:	Fiscal Year End:	Payroll Sub-Account No.:	
Company Type:	Nature of Business:		NAICS Code:
Street 1:			
Street 2:		Street 3:	
City:	Province:	Country:	Postal Code:
Phone Number:	Fax Number:		

SPONSOR/EMPLOYER #3 CONTINUED

Contact Person

First Name:	Last Name:	Title:	
Primary Email Address:		Primary Phone Number Ext.:	Fax Number:
Alternate Email Address:		Alternate Phone Number:	

13

Authorized Signing Officer

Same as Contact Person above: ☐

First Name:	Last Name:	Title:	
Primary Email Address:		Primary Phone Number Ext.:	Fax Number:
Alternate Email Address:		Alternate Phone Number:	

14

Employment Dates/Connected & Related Persons

Member	Employed Since	Connected Person	Related Person
#1		☐	☐
#2		☐	☐
#3		☐	☐
#4		☐	☐

15

COMPLETE PAGE 7 & 8 IF YOU SELECTED THE TRUST PLATFORM

16

CUSTODIAN

Company Name:			Business Number:
First Name:	Last Name:	Title:	
Primary Email Address:		Primary Phone Number Ext.:	Fax Number:
Alternate Email Address:		Alternate Phone Number:	
Street 1:			
Street 2:		Street 3:	
City:	Province:	Country:	Postal Code:

CORPORATE TRUSTEE/INDIVIDUAL TRUSTEE #1

Company Name:			Business Number:
First Name:	Last Name:	Title:	
Primary Email Address:		Primary Phone Number Ext.:	Fax Number:
Alternate Email Address:		Alternate Phone Number:	
Street 1:			
Street 2:		Street 3:	
City:	Province:	Country:	Postal Code:

INDIVIDUAL TRUSTEE #2

First Name:	Last Name:	Title:	
Primary Email Address:		Primary Phone Number Ext.:	Fax Number:
Street 1:			
Street 2:		Street 3:	
City:	Province:	Country:	Postal Code:

INDIVIDUAL TRUSTEE #3

First Name:	Last Name:	Title:	
Primary Email Address:		Primary Phone Number Ext.:	Fax Number:
Street 1:			
Street 2:		Street 3:	
City:	Province:	Country:	Postal Code:

PAYMENT - FIRST YEAR INTEGRIS FEES

The INTEGRIS fees for the first-year of the setup and maintenance of the Pension Pension Plan must be submitted with this completed PPP® Setup Request e-Form.
For the PPP® you have selected, the first-year fees are $1,775.00 plus 13.00% HST = $2,005.75.
Note that an Invoice, for your records, will be delivered together with all the Plan documents.

If you have already paid your first-year fees, please accept our thanks and ignore this section of the form.

◉ Credit Card	○ Cheque	○ Interac E-Transfer
Card Type: Card Number: Expiry Date (Month/Year): CCV/CCV2: Cardholder Name*: *The cardholder name must match either the contact person or the authorized signing officer of the primary sponsor/employer (as entered on page 2 of this form).	Please make cheque out to: INTEGRIS Pension Management Corp. Mail or courier cheque to: INTEGRIS Pension Management Corp. Dept. 7968 940 The East Mall, Suite 110 Toronto Ontario M9B 6J7	Please email e-transfer to: payments@integris-mgt.com Security Answer (to accept transfer):

NOTE: Your PPP® Setup will not begin until this form (completed) and the appropriate payment has been received by INTEGRIS

COMPLETE PAGE 9 FOR ANY MEMBER THAT IS BUYING BACK PAST SERVICE

CURRENT YEAR ESTIMATE & HISTORICAL T4 (BOX 14)/T4PS INCOME

	MEMBER #1			MEMBER #2			MEMBER #3			MEMBER #4		
YEAR	SPONSOR #1	SPONSOR #2	SPONSOR #3	SPONSOR #1	SPONSOR #2	SPONSOR #3	SPONSOR #1	SPONSOR #2	SPONSOR #3	SPONSOR #1	SPONSOR #2	SPONSOR #3
2018												
2017												
2016												
2015												
2014												
2013												
2012												
2011												
2010												
2009												
2008												
2007												
2006												
2005												
2004												
2003												
2002												
2001												
2000												
1999												
1998												
1997												
1996												
1995												
1994												
1993												
1992												
1991												
1990												

Formulaire de mise en place du PPP® PPP® Setup Request e-Form

INSTRUCTIONS

français

1. Ce formulaire doit être complété et expédié de façon électronique. Nous vous recommandons d'utiliser la version la plus à jour du logiciel Adobe Acrobat. Si vous n'avez pas cette version, elle peut être télé-déchargée du lien suivant : https://get.adobe.com/reader/.

   Ouvrir ce document PDF dans un fureteur (e.g. Chrome, Firefox or Explorer) ne permet pas l'utilisation complète de ce formulaire électronique et ne permet pas la sauvegarde des données insérées. Veuillez télé-décharger le fichier PDF sur votre machine et ouvrez-la en utilisant le logiciel Adobe Acrobat avant d'y ajouter des données.

2. **Les résultats qui seront présentés dans la soumission reposent sur l'exactitude des données incluses dans la présente demande. De même, lesdites données pourraient également être utilisées pour les fins de production des documents de mise en vigueur du régime.**

   Une omission, un ajout ou une modification quelconque des données pourraient invalider les résultats de la soumission et/ou de tout document lié à la mise en vigueur du régime. Une soumission et/ou les documents relatifs à la mise en vigueur du régime pourraient alors devoir être produits de nouveau. Dans un tel cas, des frais supplémentaires pourraient être facturés.

3. Veuillez remplir tous les champs aux pages 1 et 2 pour le participant principal/employé et la compagnie principale/employeur.

   Le participant principal est le participant qui agit au nom des autres participants lorsqu'un régime comporte plus qu'un participant. Si un régime n'a qu'un participant, celui-ci est le participant principal.

English

1. This form must be completed and submitted electronically for expedient processing. It is highly recommended that you use the latest version of Adobe Acrobat. If you do not have the full version of Acrobat, the free version of Acrobat Reader can be downloaded from https://get.adobe.com/reader/.

   Opening this PDF file inside a web browser (e.g. Google Chrome, Mozilla Firefox or Microsoft Internet Explorer) will prevent you from fully utilizing the form and will not allow you to save any data you input. Please download the PDF file to your desktop and open it using Adobe Acrobat prior to inputting any data.

2. **The results that will be presented in the quotation are based on the exactness of the data provided in this request. Also, the data may be used for the preparation of the documents to set up the plan.**

   Any omission, addition or modification in the data may invalidate the results of the quotation and/or any document regarding the implementation of the plan. A quotation and/or any document regarding the implementation of the plan may then need to be redone. In such a case, additional fees may be charged.

3. Complete all the fields on pages 1 and 2 for the primary member/employee and the primary sponsor/employer.

   The "primary member/employee" is the member who represents the members in a multiple member plan. If there is only one member in the plan, the sole member is the primary member/employee. Each plan must have at least one member/employee and one

Chaque régime doit avoir au moins un participant et une compagnie principale. S'il y a des participants supplémentaires dans le régime, cochez les boîtes pertinentes dans la section participants/employés ci-dessous, et complétez les sections requises aux pages 3 et 4.

De même, s'il y a d'autres compagnies/employeurs qui participent au régime, cochez les boîtes pertinentes dans la section compagnie principale/employeurs ci-dessous, et complétez les sections requises aux pages 5 et 6.

sponsor/employer. If there are additional members/employees participating in the plan, check the appropriate boxes in the members/employees selection below, and complete the respective sections on pages 3 and 4.

Similarly, if there are additional sponsors/employers participating in the plan, check the appropriate boxes in in the sponsors/employers selection below, and complete the respective sections on pages 5 and 6.

4. Sélectionnez la plateforme utilisée par le participant (Assurance, Fiducie – 3 fiduciaires ou Fiducie – Corporative). Contactez INTEGRIS si vous êtes incertain du choix à faire.

4. Choose the applicable platform the member is using for the Plan (Insurance, Trust - 3 Individual Trustees or Trust - Corporate Trustee). If this is uncertain, please contact INTEGRIS.

5. Conseiller en Placement est l'individu qui sélectionne les placements effectués pour la caisse du régime.

5. Client Investment Advisor is the individual who selects the investments to be made by the pension fund.

6. Chaque participant doit fournir leur dernier avis de cotisation, relevé(s) de REER en date du 31 décembre de l'année précédente et une preuve d'âge (copie de la page photo d'un passeport ou permis de conduite) afin que la documentation puisse être préparée.

6. Each participating member must provide their last Notice of Assessment, RRSP Statements as at Dec 31st of the last year, and Proof of Age (copy of Passport photo page or Driver's License) for the proper plan filing documents to be prepared.

7. Statuts d'incorporation, modification ou fusion doivent être fournis pour chaque compagnie participant au régime afin que la documentation puisse être préparée.

7. Articles of Incorporation, Amendment or Amalgamation must also be provided for each participating sponsor/employer for the proper plan filing documents to be prepared.

8. Indiquez si le participant débutera avec les prestations déterminées (PD) ou les contributions déterminées (CD). Si vous êtes dans le doute, veuillez consulter INTEGRIS.

   Un formulaire spécifique permettant de changer le type de provision utilisée plus tard, est disponible. Une fois la selection faite, le régime continuera dans ce mode jusqu'à ce que INTEGRIS ait reçu le formulaire indiquant un changement à venir.

8. Indicate whether the member will start off accruing benefits under the Plan's defined benefit (DB) provisions or defined contribution (DC) provisions. If this is uncertain, please contact INTEGRIS.

   A special election form is available for future changes to type of participation. Once a component is selected, it will remain in that mode until INTEGRIS is notified with the election form.

9. « Age anticipe de la retraite » est une année approximative dans laquelle le participant estime pouvoir cesser son emploi.

10. Si un participant rachète du service passé, l'on doit soit fournir les feuillets T4 pour ce participant pour toutes les années ainsi rachetées ou signer le formulaire T1013 de l'ARC pour qu'une évaluation actuarielle soit préparée lorsque le régime est mis en place.

11. Le participant peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires. La désignation d'un bénéficiaire permet au participant d'identifier qui recevra les prestations de décès offerts par le régime, sous réserve des droits qu'un(e) conjoint(e) possède en vertu du régime. Un(e) conjoint(e) au décès ou à la retraite a priorité sur un bénéficiaire. Le participant n'est pas obligé de désigner des bénéficiaires. Toutefois, en l'absence de bénéficiaires, les prestations de décès sont généralement payées à la succession du participant. Le bénéficiaire primaire est le bénéficiaire principal. Le bénéficiaire contingent devient un bénéficiaire si le bénéficiaire primaire n'est pas capable de recevoir les prestations. Un participant n'est pas obligé de désigner un bénéficiaire contingent, mais peut se prévaloir de cette option.

    La somme des parts de chaque groupe de bénéficiaires primaire et contingents devraient produire 100%.

    Le participant doit choisir si la désignation est révocable ou irrévocable. Le terme 'révocable' veut dire qu'un participant à le loisir de modifier la désignation par écrit en tout temps sans obtenir l'aval au préalable du bénéficiaire. Le terme 'irrévocable' veut dire que le participant ne peut pas modifier la désignation sans l'autorisation préalable du bénéficiaire par écrit. De plus, l'accord par écrit d'un bénéficiaire irrévocable est nécessaire si un retrait, transfert ou autres transactions sont contemplés, sous réserve des dispositions du régime. Pour les résidents du Québec, en désignant un(e) conjoint(e) comme bénéficiaire fera de cette personne un bénéficiaire irrévocable à moins que le conjoint demande à ce qu'elle soit révocable. Un participant devrait obtenir des conseils juridiques surtout si l'on pense désigner une personne mineur comme

9. The "Expected Year of Retirement" represents the member's best guess as to the year in which the member will retire from active employment.

10. If the member is buying back past service, then either the T4s for that member for all relevant years, or a signed CRA Form T1013, must be provided in order that the proper actuarial valuations can be prepared.

11. The member may designate one or more beneficiaries. A beneficiary designation allows the member to identify who he/she wants to receive the death benefits payable under the Plan, subject to the rights the member's spouse might have under the Plan. A spouse at time of retirement or death has priority over a beneficiary. The member is not required to designate a beneficiary. However, if the member decides not to name a beneficiary, the benefits will usually be paid to the member's estate.

    The principal beneficiary is the main beneficiary. The contingent beneficiary becomes the beneficiary if the principal beneficiary is no longer around. The member does not need to designate a contingent beneficiary, but may wish to do so.

    The shares for each of the primary and contingent beneficiary groups should add up to 100%.

    The member must choose whether the beneficiary is revocable or irrevocable. The term "revocable" means the member can change the beneficiary designation in writing at any time without the beneficiary's consent. The term "irrevocable" means the member cannot change the beneficiary designation without the beneficiary's written consent. The beneficiary's written consent will also be needed before making a withdrawal, a transfer, or other transactions, subject to the terms of the Plan. For Quebec residents, the designation of a spouse as beneficiary is irrevocable unless it is made revocable. The member may wish to seek legal advice, particularly if a minor is designated as a beneficiary.

bénéficiaire.

12. Les Codes SCIAN sont disponibles auprès de Statistiques Canada au site suivant : http://www.statcan.gc.ca/fra/sujets/norme/scian/2017/index.

13. La personne autorisée est l'individu chez l'employeur qu'on contactera pour toute information ou questions.

14. La personne autorisée à signer est l'individu de l'employeur qui a la compétence légale pour signer des documents officiels au nom de la compagnie.

15. Le terme« Personne rattachée » veut dire une personne qui, directement ou indirectement, détient au moins 10% des actions d'une classe du capital-actions de l'employeur ou qui a un lien de dépendance avec l'employeur ou qui est un « actionnaire déterminé » en vertu du paragraphe (d) de la définition dans la *Loi sur le revenu*.

    Etre une personne relié se définit par rapport au contrôle de l'employeur (e.g. détenir une majorité des votes permettant d'élire les administrateurs de la compagnie) par le participant et/ou une personne reliée par le sang (membres immédiats de la famille), le mariage, l'adoption ou être conjoint de fait.

    De plus amples détails à propos de ces définitions peuvent être acquis auprès de l'Agence du revenu du Canada ou un conseiller professionnel.

16. Si la plateforme fiducie est sélectionnée, vous devez nommer une fiducie corporative ou trois fiduciaires individuels. Le Dépositaire dans le cas d'une fiducie corporative est normalement la compagnie de fiducie ou une entité reliée à celle-ci. Dans le cas d'une fiducie avec 3 fiduciaires, le Dépositaire est une institution financière distincte.

    Veuillez remplir les Sections pour le Dépositaire et Fiduciaire. Si vous choisissez une fiducie corporative, Fiduciaire # 2 et Fiduciaire #3 sont sans objet. Pour les fiduciaires individuels, les conditions suivantes

12. The NAICS code is available at Statistics Canada website: http://www.statcan.gc.ca/eng/subjects/standard/naics/2017/index.

13. The Contact Person is the individual at the employer who can be contacted for information or questions.

14. The Authorized Signing Officer is the individual at the employer who is authorized by the employer to sign official documents on its behalf.

15. The term "Connected Person" means the person who owns, directly or indirectly, at least 10% of the issued shares of a class of capital stock of the employer or is not dealing at arm's length with the employer or is a "specified shareholder" under paragraph (d) of the definition in the Income Tax Act.

    Being a "Related Person" is based on control of the employer (e.g., ownership of a majority of votes to elect the directors) by the member and/or someone related by blood (immediate family member), marriage, common-law relationship or adoption.

    Further details about these definitions can be obtained from the Canada Revenue Agency or a professional advisor.

16. If the Trust platform has been chosen, you will need to name a corporate trustee or three individual trustees. The custodian for a corporate trustee is usually the trustee itself or a related entity. With three individual trustees, the custodian is usually a separate financial institution.

    Please fill out the Custodian and Trustee sections. For a corporate trustee, Individual Trustee #2 and Individual Trustee #3 will not be completed. For individual trustees, these sections would be

s'appliquent : les trois fiduciaires doivent être residents du Canada et un des trois fiduciaires est indépendant de sorte à ce que cet individu n'est ni un actionnaire significatif (a 10% ou plus des votes gouvernant les actions de l'employeur), ni un partenaire, ou employee d'un employeur participant dans le régime de retraite.

17. Si vous avez quelques questions à propos du Plan de Pension Personnel (PPP®), à propos de la façon dont ce formulaire doit être complété, ou à propos des documents à fournir, veuillez vous adresser soit à votre conseiller, ou à INTEGRIS directement à :

    INTEGRIS Pension Management Corp.
    Sans Frais : 1-844-4-THE-PPP (1-844-484-3777)
    Courriel : question@integris-mgt.com

completed and the following conditions would be satisfied: all three trustees are Canadian residents and one of the trustees is independent to the extent that the individual is neither a significant shareholder (10% or more of the voting power attached to all the shares of the employer), partner, proprietor nor an employee of a participating employer.

17. If you have any further questions regarding the Personal Pension Plan (PPP®), completion of this form or documents which need to be submitted, please contact your advisor, or INTEGRIS directly at:

    INTEGRIS Pension Management Corp.
    Toll Free: 1-844-4-THE-PPP (1-844-484-3777)
    Email: question@integris-mgt.com