



# Ironworkers Ontario Pension Plan

## Formulaire de désignation de bénéficiaire

### Instructions

- Si vous décédez avant la retraite, le régime versera des prestations de décès correspondant à la plus élevée des sommes suivantes :
  - a) vos cotisations totales au régime de retraite, majorées des intérêts versés après 1980; ou
  - b) la valeur totale de la rente de retraite accumulée après 1986.

Le montant de ces prestations dépendra de votre âge, des cotisations versées et d'autres facteurs.

- Si vous avez un conjoint (voir la définition ci-dessous), cette personne est d'office, en vertu de la législation actuelle, le bénéficiaire du montant indiqué en b), à moins que vous et votre conjoint ayez signé le formulaire de renonciation du conjoint. Si le montant a) est supérieur au montant b), la différence sera versée à la personne ou aux personnes que vous avez nommées en tant que bénéficiaire(s). **Pour vous assurer que les prestations de décès soient versées intégralement à votre conjoint seulement, vous devrez nommer cette personne dans les sections 2 et 3.**
- Si vous n'avez pas de conjoint, vous pouvez nommer qui vous voulez en tant que bénéficiaire(s). Si vous désignez plus d'un bénéficiaire, les prestations de décès seront réparties à parts égales entre ces personnes, à moins d'indication contraire de votre part.
- Si vous n'avez pas de conjoint et ne désignez aucun bénéficiaire, les prestations de décès seront versées à votre succession, à moins d'indication contraire dans votre testament.
- Votre ou vos bénéficiaires de remplacement (section 4) entrent seulement en ligne de compte si les bénéficiaires désignés dans les cases 2 ou 3 ne sont pas en vie pour recevoir les prestations de décès.
- Ce formulaire comporte trois pages. Veuillez les remplir en entier et demander à une personne autre qu'un bénéficiaire d'apposer sa signature en tant que témoin. Envoyez l'original à

**Ontario Ironworkers/Rodmen Benefit Plan Administrators Corporation • 111, av. Sheppard Est, North York (Ontario) M2N 6S2 •**  
**Téléphone : 416 223-0383 ou 1 800 387-8075**

### 1. Renseignements sur le participant

N.A.S. ou  Numéro de certificat du participant : \_\_\_\_\_ Section locale du syndicat : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Métier : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Deuxième prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Homme  Femme  
jour / mois / année

État matrimonial :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)/Séparé(e)  Veuf/Veuve

Adresse postale complète – rue : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

### 2. Renseignements sur le conjoint

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Deuxième prénom : \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale du conjoint : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
jour / mois / année

### Personnes admissibles à titre de conjoint en vertu de la loi sur la retraite de l'Ontario

Si vous habitez en Ontario : Une personne qui habite avec vous et :

- a) avec qui vous êtes marié; ou
- b) avec qui vous n'êtes pas marié, mais vivez dans une relation conjugale ininterrompue depuis au moins trois ans; ou
- c) avec qui vous vivez dans une relation d'une certaine permanence si vous êtes les parents naturels ou adoptifs d'un enfant, au sens de la *Loi sur le droit de la famille de l'Ontario (1986)*.

### 3. Bénéficiaire(s) primaire(s) (Si vous désignez plus d'un bénéficiaire ci-dessous, les prestations de décès seront réparties en parts égales, à moins d'indication contraire.)

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Deuxième prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien\* : \_\_\_\_\_  
jour / mois / année  
 Adresse postale complète – rue : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_  
 Part des prestations (seulement si elle ne représente pas 100 % ou n'est pas répartie à parts égales) : \_\_\_\_\_ %

#### Bénéficiaire(s) primaire(s) (suite)

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Deuxième prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien\* : \_\_\_\_\_  
jour / mois / année  
 Adresse postale complète – rue : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_  
 Part des prestations (seulement si elle ne représente pas 100 % ou n'est pas répartie à parts égales) : \_\_\_\_\_ %

#### Bénéficiaire(s) primaire(s) (suite)

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Deuxième prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien\* : \_\_\_\_\_  
jour / mois / année  
 Adresse postale complète – rue : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_  
 Part des prestations (seulement si elle ne représente pas 100 % ou n'est pas répartie à parts égales) : \_\_\_\_\_ %

### 4. Bénéficiaire(s) de remplacement (Cette désignation s'applique seulement si aucun des bénéficiaires désignés aux cases 2 ou 3 n'est en vie pour recevoir vos prestations de décès)

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Deuxième prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien\* : \_\_\_\_\_  
jour / mois / année  
 Adresse postale complète – rue : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_  
 Part des prestations (seulement si elle ne représente pas 100 % ou n'est pas répartie à parts égales) : \_\_\_\_\_ %

#### Bénéficiaire(s) de remplacement (suite)

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Deuxième prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien\* : \_\_\_\_\_  
jour / mois / année  
 Adresse postale complète – rue : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_  
 Part des prestations (seulement si elle ne représente pas 100 % ou n'est pas répartie à parts égales) : \_\_\_\_\_ %

\* Note : Ces renseignements pourraient aider l'administrateur à repérer ce bénéficiaire après votre décès.

**5. Fiduciaire** (seulement si vous désignez un bénéficiaire de moins de 18 ans)

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Deuxième prénom : \_\_\_\_\_ Lien\* : \_\_\_\_\_  
 Adresse postale complète – rue : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

\*Note : Ces renseignements pourraient aider l'administrateur à repérer cette personne après votre décès.

**6. Signatures**

Par la présente, je révoque toute désignation de bénéficiaire précédente en vertu du *Ironworkers Ontario Pension Plan* et demande que, dans l'éventualité de mon décès, les prestations payables en vertu de ce régime soient versées au ou aux bénéficiaire(s) susmentionné(s). Je comprends que cette désignation demeurera en vigueur jusqu'à ce que je la révoque au moyen d'un avis écrit envoyé à l'administrateur. Si mon ou mes bénéficiaire(s) décède(nt) avant moi et qu'aucun autre bénéficiaire n'est nommé, les prestations de décès seront versées à ma succession.

Je comprends qu'en vertu de la législation en matière de retraite, certaines des prestations de décès liées aux rentes accumulées après 1986 doivent être versées à mon conjoint, à moins que ce dernier ait rempli et signé un formulaire de renonciation et que j'aie déposé celui-ci auprès de l'administrateur.

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 jour / mois / année

Signature du témoin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 (toute personne de 18 ans ou plus, y compris un membre de la famille,  
 mais pas un bénéficiaire nommé ci-dessus) jour / mois / année

Nom du témoin : \_\_\_\_\_  
 en caractères d'imprimerie

Adresse postale complète – rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

**7. Confidentialité**

Les fiduciaires sont conscients de l'importance de la confidentialité des renseignements personnels. Tout renseignement personnel que vous nous transmettez sera conservé dans un dossier sur les avantages sociaux auprès de l'administrateur. L'accès à ces renseignements se limitera :

- au personnel autorisé, aux mandataires du régime et à l'administrateur, qui doivent y accéder pour accomplir les tâches liées à l'administration des régimes;
- aux employés du cabinet d'actuariat nommé par les fiduciaires, qui doivent y accéder pour accomplir les tâches liées à l'administration du régime;
- aux personnes à qui vous avez accordé cet accès; et
- aux personnes qui y sont autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander de consulter les renseignements personnels figurant dans votre dossier et, le cas échéant, de rectifier tout renseignement inexact.

**Autorisation (doit être remplie)**

J'autorise les fiduciaires des *Ontario Ironworkers Benefit and Pension Plans*, et leurs mandataires désignés, à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins d'identification, d'administration et de comptes rendus fiscaux. J'accepte aussi que mes renseignements personnels soient recueillis, conservés, dévoilés et utilisés pour les raisons suivantes :

- déterminer mon admissibilité aux prestations; et
- les activités courantes de gestion du régime et d'analyse des coûts.

Je certifie que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts et véridiques.

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 jour / mois / année

Je suis d'accord avec le partage de mes renseignements personnels avec mon conjoint dans le cadre de l'administration des prestations  Oui ou  Non

Signature du conjoint \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 jour / mois / année

Je suis d'accord avec le partage de mes renseignements personnels avec mon conjoint dans le cadre de l'administration des prestations  Oui ou  Non