



Ontario Ironworkers Benefit Plan

Formulaire de désignation de bénéficiaire (assurances vie et accidents)

Instructions

- Vous pouvez nommer qui vous voulez pour recevoir les prestations des assurances vie et accidents dans l'éventualité de votre décès. Si vous omettez de désigner un bénéficiaire, ou qu'aucun des bénéficiaires désignés n'est en vie pour recevoir vos prestations des assurances vie et accidents, celles-ci seront versées à votre succession, à moins d'indication contraire dans votre testament. Vous pouvez modifier votre bénéficiaire en tout temps.

Envoyer 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

Nom de famille : _____ Prénom : _____
Deuxième prénom : _____ N.A.S. ou Numéro de certificat du participant : _____
Date de naissance : _____ N° de téléphone : _____
jour / mois / année
Adresse postale complète – rue : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Pays : _____ Adresse de courriel : _____

2. 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) : _____%

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

3.**Bénéficiaire(s) de remplacement** (Cette désignation s'applique seulement si aucun des bénéficiaires désignés à la case 2 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) : _____ %

4.**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 : _____

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

5.**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)

Par la présente, je révoque toute désignation de bénéficiaire précédente en vertu des régimes des assurances vie et accidents des Ferrailleurs de l'Ontario et demande que, dans l'éventualité de mon décès, les prestations payables en vertu de ces régimes soient versée au (ou aux) bénéficiaire(s) susmentionnés.

Signature du participant : _____ Date : _____
jour / mois / année