



**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) : \_\_\_\_\_%

**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) : \_\_\_\_\_%

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

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

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

**5. 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.

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 : \_\_\_\_\_

**6. 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 leur 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