# Ontario Ironworkers Benefit Plan

**Formulaire d'options de protection pour les survivants admissibles (Protection complète)**

## Instructions

Pour être admissible à la protection payée directement, il ne doit y avoir aucune interruption dans votre protection d'avantages sociaux. Cela signifie que vous devez commencer la protection payée directement dès que votre période de protection des survivants gratuite de dix ans prend fin. Si vous décidez de maintenir votre protection complète, vous pourrez choisir de la réduire ou d'y mettre fin plus tard. Une fois que vous avez réduit votre protection ou que vous y avez mis fin, vous ne pourrez plus rétablir votre protection complète.

**Veuillez remplir ce formulaire et envoyer l'original à :**

Ontario Ironworkers/Rodmen Benefit Plan Administrators Corporation
111, avenue Sheppard Est, North York (Ontario) M2N 6S2

Téléphone : 416-223-0383 ou 1-800-387-8075

## 1. Renseignements sur le participant décédé

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Deuxième prénom : _____ ☐ N.A.S. ou ☐ Numéro de certificat : _____

## 2. Renseignements sur le survivant

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Deuxième prénom : _____ Numéro d'assurance sociale : _____

Date de naissance : _____ Lien de parenté : _____
Jour / Mois / Année

Adresse postale complète – Rue : _____ Téléphone : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Pays : _____ Adresse de courriel : _____

## 3. Options de protection des survivants

**Cochez la case (une seule) correspondant à l'option désirée.** Vous pourrez passer à une option inférieure plus tard, mais ne pourrez pas opter pour une protection supérieure.

Option 1 : ☐ Maintien de la protection complète pour vous et vos enfants admissibles pour 271,00 $ par mois (taxes incluses). Ceci comprend les soins dentaires, les médicaments, les soins médicaux majeurs, l'assurance-voyage et les soins de la vue.

Option 2 : ☐ Réduction à la protection partielle pour vous et vos enfants admissibles, pour 245,00 $ par mois (taxes incluses) : même protection que l'option 1, sauf que les couronnes et les ponts sont exclus en vertu du régime dentaire.

Option 3 : ☐ Aucune protection : je comprends que la décision de mettre fin à ma couverture est permanente et que je ne pourrai pas changer d'avis à une date ultérieure.

Signature : _____ Date : _____

## 4. Autorisation

**Cochez la case (une seule) correspondant à l'option désirée.**

J'ai choisi l'option 1 ou 2 ci-dessus et :

☐ j'autorise la déduction du paiement susmentionné de ma rente mensuelle.

☐ je préfère remettre un chèque à l'administrateur avant la fin de chaque mois. Je comprends que ma protection pourrait prendre fin si le paiement n'est pas reçu à temps.

Signature : _____ Date : _____