

RENSEIGNEMENTS À JOUR SUR L'ADHÉRENT

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--------------------------------|--|----------------|-----------------|-------|--|
| Numéro d'assurance sociale | | | | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | | Section Locale | | Genre | |
| Nom de famille | | | | Prénom | | | Deuxieme nom | | |
| Adresse | | | | | | | | | |
| Ville | | | | Prov | | Code Postal | | Pays | |
| Email | | | | Téléphone Primaire | | | Autre Téléphone | | |

ÉTAT MATRIMONIAL ACTUEL

Si vous êtes séparé(e) ou divorcé(e), veuillez nous fournir des copies certifiées de toutes les ordonnances d'un tribunal et de toutes les ententes relatives à votre séparation ou à votre divorce. Si vous êtes veuve ou veuf, veuillez nous envoyer une copie certifiée de l'acte de décès de votre conjoint(e).

Marié(e)
 Conjoint(e) de fait
 Divorcé(e)
 Séparé(e)
 Veuf (Veuve)
 Célibataire

Si vous êtes marié(e): Date de Mariage

Si vous êtes un(e) conjoint(e) de fait: Date de cohabitation

DATE: ____/____/____
 jj mm aaaa

Nom de l'époux (épouse) ou du conjoint(e) de fait

| | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--------------------------------|--|-------|--------------|--|
| Numéro d'assurance sociale | | | | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | | Genre | | |
| Nom de famille | | | | Prénom | | | Deuxieme nom | |

Autres Renseignements

Êtes-vous à la fois (a) marié(e), mais séparé(e) de votre époux ou de votre épouse, tout en ayant (b) un conjoint ou une conjointe de fait avec qui vous vivez en union de fait?

Oui
 Non

Si vous avez répondu "Oui", veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous pour votre époux ou votre épouse, et votre conjoint(e) de fait.

| | | | | | | | |
|--|--|--------|--|----------|--|--------------------------------|--|
| Nom de famille de l'ancien(ne) époux/épouse | | Prénom | | Initiale | | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | |
| Nom de famille de l'ancien conjoint(e) de fait | | Prénom | | Initiale | | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | |

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Vous pouvez vous servir de la section suivante pour désigner un ou des bénéficiaires pour recevoir :

- Vos prestations de décès avant la retraite payables en vertu de votre régime si vous mourez avant de commencer à recevoir vos prestations de retraite;
- Le reste de vos prestations de retraite durant la période de 60 paiements garantis, s'il y a lieu, si vous mourez après avoir commencé à recevoir des prestations de retraite, mais avant d'avoir reçu 60 paiements.

IMPORTANT : Veuillez lire attentivement ce qui suit avant de remplir le formulaire.

- Les prestations de décès avant la retraite doivent être payées conformément aux lois applicables. Dans certains cas, cela signifie que les prestations de décès avant la retraite doivent être payées à quelqu'un d'autre que la ou les personnes désignées comme bénéficiaires.

2. Dans la plupart des cas, la personne à qui vous êtes marié(e) ou avec qui vous vivez en union libre au moment de votre décès a automatiquement droit, en vertu de la loi, aux prestations de décès avant la retraite payables en vertu du régime, et ce, même si vous ne l'avez pas désignée comme bénéficiaire. Cette personne peut renoncer au droit de recevoir des prestations de décès avant la retraite.
3. Si vous n'avez pas d'époux (épouse) ou de conjoint(e) de fait admissibles à la date de votre décès, et/ou qu'aucun bénéficiaire n'a été désigné ou que votre ou vos bénéficiaires meurent avant vous, les prestations payables en vertu du régime à la suite de votre décès seront payées à votre succession.

BÉNÉFICIAIRE PRIMAIRE: Si votre état civil n'est pas marié (e) ou conjoint(e) de fait, veuillez remplir cette section avec votre bénéficiaire(s) primaire(s). Pour l'état civil marié (e) ou conjoint(e) de fait, veuillez remplir la section Bénéficiaire Secondaire. La répartition en pourcentage doit équivaloir à 100 %. Vous pouvez aussi cocher cette case pour que les prestations payables soient réparties équitablement entre vos bénéficiaires primaires. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez signer et joindre une autre feuille au formulaire.

| | | | |
|---------|----------|--|------------------------|
| Nom | Relation | Numéro d'assurance sociale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | Pourcentage _____ % |
| Adresse | | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | _____ % |
| Nom | Relation | Numéro d'assurance sociale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | Pourcentage _____ % |
| Adresse | | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | _____ % |

BÉNÉFICIAIRE SECONDAIRE - pour les bénéficiaires qui ne sont pas votre époux (épouse) ou votre conjoint(e) de fait, et seulement si votre ou vos bénéficiaires primaires meurent avant vous. La répartition en pourcentage doit équivaloir à 100 %. Vous pouvez aussi cocher cette case pour que les prestations payables soient réparties équitablement entre vos bénéficiaires secondaires. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez signer et joindre une autre feuille au formulaire.

| | | | |
|---------|----------|--|------------------------|
| Nom | Relation | Numéro d'assurance sociale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | Pourcentage _____ % |
| Adresse | | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | _____ % |
| Nom | Relation | Numéro d'assurance sociale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | Pourcentage _____ % |
| Adresse | | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | _____ % |

DÉCLARATION ET CONSENTEMENT (Cette section doit être remplie)

Je, _____, annule, par la présente, toute désignation que j'ai
 (imprimez votre nom)

faite et je désigne la ou les personnes nommées dans le présent formulaire comme ayant droit à certaines prestations de la part du Labourers' Pension Fund of Central and Eastern Canada à la suite de mon décès. Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont véridiques et exacts. Je comprends que les renseignements fournis plus haut (y compris mon numéro d'assurance sociale) seront utilisés et peuvent être divulgués à des tiers pour l'administration de mes prestations de retraite (y compris pour se conformer aux lois fédérales concernant les déclarations d'impôts) et j'autorise l'utilisation et la divulgation des renseignements en question à ces fins. Je reconnais qu'il m'incombe d'informer le Labourers' Pension Fund of Central and Eastern Canada de tout changement d'adresse, d'état matrimonial ou de renseignements relatifs à mes bénéficiaires.

| | |
|---------------------|-------------------|
| Signature du Membre | Date (jj/mm/aaaa) |
|---------------------|-------------------|

IMPORTANT: Les copies télécopiées, numérisées ou les signatures électroniques ne sont pas acceptées. Veuillez envoyer un formulaire original par la poste.