

**RENSEIGNEMENTS À JOUR SUR L'ADHÉRENT**

Numéro d'assurance sociale		Nom de famille		Prénom et Initiale	
Date de naissance (jj/mm/aaaa)		Sexe (encercler) H    F	Courriel		
Adresse			Ville		Prov
Code Postal	Pays	Numéro de téléphone résidentiel	Cellulaire	Téléphone de jour / de travail	

**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**

Nom de famille	Prénom	Initiale	Sexe (encercler) H    F	Numéro d'assurance sociale	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
----------------	--------	----------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

**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:** 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 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.