

Désignation de bénéficiaire

Prrière d'écrire en majuscules à l'encre noire. Se reporter à la page de directives pour savoir comment remplir ce formulaire. janvier 2008

Utiliser ce formulaire pour signaler ce qui suit :

- Le nom de votre conjoint admissible, qui est, en vertu de la loi, le premier bénéficiaire de vos prestations du HOOPP
- Tout autre bénéficiaire que vous voulez désigner
- Un changement de statut matrimonial et le retrait du nom d'un ex-conjoint comme premier bénéficiaire

Toute désignation de bénéficiaire faite à l'aide de ce formulaire révoquera toute désignation de bénéficiaire antérieure, le cas échéant, y compris celle faite auprès d'autres employeurs participant au HOOPP.

1. Renseignements sur le participant

Nom : M^{lle} M^{me} M.
 Sœur D^r _____
Nom de famille Prénom(s)

Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____ N^o de téléphone où vous joindre : _____

2. Renseignements sur le conjoint

J'ai un conjoint admissible. (Si vous n'avez pas de conjoint admissible, passez à la section 3.)

Nom du conjoint admissible : M^{lle} M^{me} M.
 Sœur D^r _____
Nom de famille Prénom(s)

Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____ Date de naissance : _____
Mois Jour Année

Seul un conjoint admissible peut toucher une rente de conjoint survivant après votre décès. Votre conjoint peut renoncer à cette rente seulement en signant un formulaire de renonciation provincial réglementaire. NOTA : Vous n'êtes pas tenu de fournir le numéro d'assurance sociale de votre conjoint; cependant, il se peut que le HOOPP en ait besoin en d'autres circonstances.

Adresse postale du conjoint : (cochez ici si elle est identique à celle du participant; sinon, veuillez l'indiquer ci-dessous) :

Numéro Rue App.

Ville Province Code postal

3. Retrait de l'ex-conjoint admissible

Je n'ai plus de conjoint admissible – veuillez retirer son nom de mon dossier. (La date d'entrée en vigueur de ce changement est la date qui apparaît à la section 5.) Nom de l'ex-conjoint : _____

4. Désignation de bénéficiaire autre que le conjoint (Veuillez vous reporter à la page de directives. Seul un participant peut modifier la désignation de bénéficiaire autre que le conjoint. Une personne détenant une procuration pour un participant ne peut pas modifier la désignation de bénéficiaire.)

Je n'ai pas de conjoint admissible **BÉNÉFICIAIRE :** Particulier(s)
 Mon conjoint a renoncé à la rente de conjoint survivant Organisme (p. ex. : un organisme de bienfaisance)
 Veuillez vous reporter à la page de directives avant de remplir cette section. Succession

Nom (famille, prénom(s) ou raison sociale	Lien de parenté avec le participant (si le bénéficiaire est un particulier) et sexe	Numéro d'assurance sociale	Pourcentage de la prestation Je veux que les prestations payables après mon décès soient (cochez une option) : <input type="radio"/> divisées également entre tous les bénéficiaires survivants autres que mon conjoint, ou <input type="radio"/> divisées tel qu'indiqué ci dessous; veuillez vous reporter à la page de directives.	Adresse postale La fournir pour chaque bénéficiaire.	Date de naissance (mm/jj/aa)
	<input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme				
	<input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme				
	<input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme				
	<input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme				

5. Déclaration (Le participant doit remplir cette section s'il a fourni de nouveaux renseignements aux sections 2, 3 et 4.)

Par la présente, je certifie que les renseignements qui figurent sur ce formulaire sont exacts et complets et ce, au meilleur de ma connaissance. Je consens également à l'utilisation de tous les renseignements qui figurent sur ce formulaire et de tous les renseignements additionnels que je devrai peut-être fournir aux administrateurs du Régime, dont mon numéro d'assurance sociale, et des renseignements portant sur mon salaire et mes antécédents professionnels, qui pourront s'avérer nécessaires pour l'administration du Régime. Mon consentement comprend toute divulgation par les administrateurs du Régime aux vérificateurs et aux actuaire du Régime et autres conseillers professionnels aux fins de l'administration du Régime. Je comprends que toute prestation de décès issue du Régime est payable à mon conjoint survivant admissible (premier bénéficiaire) ou à mon bénéficiaire autre que le conjoint (s'il n'y a pas de conjoint admissible) tel que désigné ci-dessus. Je comprends également que tout renseignement recueilli ou demandé par le biais du présent document l'est uniquement aux fins de l'administration du Régime et ne sera pas divulgué à aucune autre partie, sauf tel qu'indiqué précédemment, sans mon consentement.

Signature du participant : _____ Date : _____
Mois Jour Année

✓ ENVOYER UNE COPIE AU HOOPP ✓ CONSERVER UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS



DIRECTIVES

Les directives suivantes ont pour but de vous aider à remplir le formulaire de désignation de bénéficiaire du Hospitals of Ontario Pension Plan (HOOPP).

1. Renseignements sur le participant

- Veuillez écrire votre nom en lettres majuscules et votre numéro d'assurance sociale et fournir un numéro de téléphone où l'on peut vous joindre.

2. Renseignements sur le conjoint

- Conformément à la législation provinciale en matière de régimes de retraite, votre conjoint admissible est le premier bénéficiaire des prestations du HOOPP et, à ce titre, il touchera une rente de conjoint survivant à votre décès. Si vous n'avez pas de conjoint, ou que votre conjoint a renoncé à la rente de conjoint survivant, vous pouvez désigner une ou plusieurs personnes, un organisme ou votre succession comme premier bénéficiaire. Veuillez indiquer le nom de votre conjoint et les autres renseignements exigés dans l'espace prévu à cet effet.

Aux fins du Régime, le conjoint admissible est défini comme la personne qui, au moment du calcul de la rente :

- vit avec le participant dans les liens du mariage;
- vit avec le participant de façon continue dans une union conjugale depuis au moins un an; ou
- est la mère ou le père (naturel ou adoptif) d'un enfant du participant et vit avec lui dans une relation d'une certaine permanence.
- Si votre conjoint est votre premier bénéficiaire, vous pouvez désigner un bénéficiaire subsidiaire. Votre bénéficiaire subsidiaire, soit une ou plusieurs personnes, un organisme ou votre succession, recevra toute prestation de décès payable par le HOOPP après votre décès et celui de votre conjoint. Pour désigner un bénéficiaire autre que le conjoint, remplissez la section 4 du formulaire.

3. Retrait de l'ex-conjoint admissible

- Si vous n'avez plus de conjoint admissible et désirez retirer le nom de votre ex-conjoint de votre dossier, veuillez cocher la case appropriée et inscrire le nom de votre ex-conjoint et la date à laquelle votre statut matrimonial a changé.

4. Désignation de bénéficiaire autre que le conjoint

- Si vous n'avez pas de conjoint, ou que votre conjoint a renoncé à la rente de conjoint survivant, vous pouvez désigner une ou plusieurs personnes, un organisme ou votre succession comme bénéficiaire autre que le conjoint. Indiquez en cochant la case appropriée si vous n'avez pas de conjoint admissible ou s'il a renoncé à la rente de conjoint survivant. Si votre conjoint est votre premier bénéficiaire, utilisez cette section pour désigner un bénéficiaire subsidiaire autre que le conjoint.
- Ce bénéficiaire (ou ces bénéficiaires, si vous en désignez plus d'un) va toucher toute prestation payable après votre décès (et, le cas échéant, après le décès de votre conjoint admissible).
- Donnez le nom au complet de chaque bénéficiaire.
- Si un de vos bénéficiaires est un particulier, veuillez indiquer s'il s'agit de votre enfant ou de quelqu'un d'autre en cochant l'option voulue. La case « autre » peut faire référence à votre conjoint (si votre conjoint a renoncé à la rente de conjoint survivant), à un ex-conjoint ou à quiconque vous désirez désigner. Veuillez également indiquer s'il s'agit d'un homme ou d'une femme.
- Si vous désignez plus d'un bénéficiaire autre que le conjoint, vous pouvez choisir le pourcentage de la prestation de décès payable à chaque bénéficiaire. Si vous ne précisez pas de pourcentage, toute prestation payable à votre décès sera divisée également entre tous les bénéficiaires survivants. Par exemple, vous pouvez choisir d'attribuer 75 pour cent de la prestation de décès payable à votre fille et 25 pour cent à votre petite-fille.
- Si vous prévoyez désigner un mineur comme bénéficiaire autre que le conjoint, nous vous recommandons de demander l'avis d'un conseiller juridique au préalable.
- Le HOOPP ne peut pas traiter les changements apportés à ce formulaire à moins que la demande ne vienne du participant ou du retraité.

5. Déclaration

- En signant cette déclaration, vous convenez de fournir au HOOPP les renseignements dont il a besoin pour administrer votre rente de retraite.
- De plus, vous acceptez les règles du HOOPP concernant le respect de la vie privée.

Renseignements généraux

- Veuillez faire parvenir ce formulaire au HOOPP. Nous préférons le recevoir par la poste car les codes-barres sont parfois difficiles à lire sur un document télécopié. Si vous imprimez ce formulaire du site Web hoopp.com, veuillez ne pas le plier ni en réduire le format, à cause du code-barres.