

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Veillez écrire d'une manière lisible en caractères d'imprimerie et au stylo. N'oubliez pas de signer et dater la page 2. Le formulaire doit également être signé par un témoin à la même date.

Veillez retourner l'original à l'adresse ci-dessous.



EnAvantage | 310-105 Commerce Valley Drive West, Markham (Ontario) H3T 7W3
Téléphone : 905-889-6200 (option 9) | Sans frais : 1-800-287-4816 | www.nhripp.ca



Vous pouvez ajouter ou modifier des renseignements sur votre ou vos bénéficiaires en utilisant le portail des participants Mon EnAvantage. **Veillez cliquer sur Se connecter à nhripp.ca.**

VOS RENSEIGNEMENTS

Nom de famille		Prénom et initiale(s)		Numéro de participant	
Case postale / Appartement		Adresse			
Ville			Province	Code postal	
Date de naissance JJ / MM / AAAA	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre _____		Cocher une case : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Divorcé(e)		
Numéro de téléphone			Numéro de cellulaire		
Adresse de courriel					

Si vous décédez avant de prendre votre retraite, le Régime de retraite versera une prestation de décès à votre ou vos bénéficiaires.

VOTRE BÉNÉFICIAIRE

Conjoint

En vertu de la législation sur les retraites de l'Ontario, votre conjoint est automatiquement votre bénéficiaire sauf s'il renonce à la prestation de décès avant votre décès. Votre conjoint est la personne de sexe opposé ou de même sexe qui, au moment de votre décès :

- est mariée et vit avec vous, ou
- vit avec vous dans le cadre d'une relation conjugale depuis au moins trois ans (ou avec une certaine permanence si vous avez des enfants).

Veillez communiquer avec EnAvantage si vous vivez dans une autre province.

Pour renoncer à votre prestation de décès, votre conjoint doit signer une renonciation officielle et la faire parvenir à EnAvantage (l'Administration de la Caisse) avant votre décès. Vous pourrez ensuite désigner un autre bénéficiaire (voir la section suivante).

Nom de famille du conjoint		Prénom et initiale(s) du conjoint	
Date de naissance JJ / MM / AAAA	Si vous êtes mariés – date de mariage JJ / MM / AAAA		
Si vous n'êtes pas mariés – date à laquelle vous avez commencé à vivre ensemble			JJ / MM / AAAA

Autre bénéficiaire

Vous pouvez désigner un bénéficiaire en plus de votre conjoint dans l'éventualité où votre conjoint décéderait avant votre retraite. Si vous n'avez pas de conjoint ou si votre conjoint a signé une renonciation, vous pouvez désigner un bénéficiaire de votre choix. Si vous désignez plus d'une personne, les prestations seront divisées en parts égales, à moins que vous ne fournissiez d'autres instructions (le total doit être de 100 %). Si vous souhaitez désigner un enfant de moins de 18 ans comme bénéficiaire, veuillez nommer un fiduciaire.

BÉNÉFICIAIRE N° 1

Nom de famille		Prénom		Initiale(s) du milieu
Numéro de téléphone	Lien avec le participant		<input type="checkbox"/> Bénéficiaire âgé de moins de 18 ans	% de la prestation

BÉNÉFICIAIRE N° 2

Nom de famille		Prénom		Initiale(s) du milieu
Numéro de téléphone	Lien avec le participant		<input type="checkbox"/> Bénéficiaire âgé de moins de 18 ans	% de la prestation

BÉNÉFICIAIRE N° 3

Nom de famille		Prénom		Initiale(s) du milieu
Numéro de téléphone	Lien avec le participant		<input type="checkbox"/> Bénéficiaire âgé de moins de 18 ans	% de la prestation

**DÉSIGNATION D'UN
FIDUCIAIRE**

Je nomme _____ comme fiduciaire pour administrer les prestations devant être versées à mon ou mes bénéficiaires âgés de moins de 18 ans.

Adresse complète du fiduciaire

Numéro de téléphone

Lien avec l'enfant

**VOTRE
DÉCLARATION**

Je certifie que tous les renseignements fournis sur ce formulaire, y compris les renseignements sur mon ou mes bénéficiaires désignés, sont corrects et exacts autant que je sache. Je comprends que le Régime de retraite et ses conseillers professionnels et/ou autres fournisseurs de services autorisés vont recueillir, utiliser et divulguer les renseignements que je fournis afin de déterminer et d'administrer mes prestations (et celles de mon ou mes bénéficiaires désignés) dans le cadre du Régime, tel qu'expliqué dans la politique de confidentialité du Régime. Je consens à ce que tous les renseignements fournis dans ce formulaire soient recueillis, utilisés et divulgués pour les besoins énoncés dans la politique de confidentialité du Régime.

Signature du participant : _____

Date: _____

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie) : _____

Numéro de téléphone : _____

Toute personne âgée de 18 ans ou plus, à l'exception de votre conjoint ou d'un bénéficiaire désigné dans ce formulaire.

Signature du témoin : _____

Date: _____

Le témoin doit signer à la même date que le participant.