

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Veillez noter que les renseignements inclus dans ce formulaire révoqueront tous ceux fournis préalablement. Veuillez écrire d'une manière lisible en caractères d'imprimerie et au stylo. N'oubliez pas de signer et dater le formulaire ci-dessous. Le formulaire doit également être signé par un témoin à la même date.

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

Vous pouvez ajouter ou modifier des renseignements sur votre ou vos bénéficiaires en utilisant le portail des participants MonSite EnAvantage. Veuillez cliquer sur Connexion Membre à mspp.ca.

VOS RENSEIGNEMENTS

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

Advenant votre décès, il se pourrait que le Régime verse des prestations de décès. Vous trouverez au verso de ce formulaire de plus amples explications dont vous devez prendre connaissance avant de continuer à le remplir.

VOS BÉNÉFICIAIRES

CONJOINT (voir la définition du conjoint au verso de ce formulaire avant de remplir cette section)

Nom de famille du conjoint		Prénom et initiale(s) du conjoint				
Date de naissance AAAA / MM / JJ / /		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre		Date de mariage ou de début de l'union conjugale AAAA / MM / JJ / /		Numéro de téléphone

BÉNÉFICIAIRES DÉSIGNÉS (Voir l'explication du bénéficiaire désigné au verso de ce formulaire avant de remplir cette section)

BÉNÉFICIAIRE NO 1

Nom de famille		Prénom et initiale(s)		Lien avec le participant		Date de naissance AAAA / MM / JJ / /	
<input type="checkbox"/> Même adresse que vous	Adresse complète (si différente de la vôtre)			Numéro de téléphone		Statut du bénéficiaire <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Secondaire	
				Proportion (%)			

BÉNÉFICIAIRE NO 2

Nom de famille		Prénom et initiale(s)		Lien avec le participant		Date de naissance AAAA / MM / JJ / /	
<input type="checkbox"/> Même adresse que vous	Adresse complète (si différente de la vôtre)			Numéro de téléphone		Statut du bénéficiaire <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Secondaire	
				Proportion (%)			

BÉNÉFICIAIRE NO 3

Nom de famille		Prénom et initiale(s)		Lien avec le participant		Date de naissance AAAA / MM / JJ / /	
<input type="checkbox"/> Même adresse que vous	Adresse complète (si différente de la vôtre)			Numéro de téléphone		Statut du bénéficiaire <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Secondaire	
				Proportion (%)			

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 le mineur	
--------------------------------	--	--	---------------------	--	---------------------	--

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 multi-secteur 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.

Nom du demandeur (IMPRIMER) _____

Nom du témoin (IMPRIMER) _____

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

Signature du demandeur Valide uniquement si elle est faite en présence du témoin. _____

Signature du témoin Signer uniquement si vous avez vu le demandeur signer le formulaire. _____

Signé le _____ jour de _____, 20____

Jour

Mois

Année

Adresse de courriel ou numéro de téléphone du témoin _____

Prestations de décès et conjoint

Il se pourrait que le Régime verse des prestations de décès si vous décédez alors que vous êtes un participant, un ancien participant ou un retraité. La plupart des prestations de décès sont automatiquement versées à votre conjoint si vous en avez un au moment de votre décès et que ce conjoint n'a pas renoncé à son droit à la prestation de décès. Pour y renoncer, votre conjoint doit signer un formulaire de renonciation officiel et le faire parvenir à EnAvantage avant que vous ne commenciez à recevoir votre rente ou avant votre décès, si votre décès survient avant le début du versement de votre rente.

Si vous travaillez en Ontario, pour les besoins de la prestation de décès du RRMS, votre conjoint est normalement la personne qui, au moment de votre décès :

- est marié avec vous et ne vit pas séparément de vous, ou
- n'est pas mariée avec vous mais vit avec vous
 - dans une union conjugale continue depuis au moins trois ans, ou
 - dans une relation d'une certaine permanence, si vous êtes les parents d'un enfant tel qu'est indiqué dans la partie IV de la *Loi portant réforme du droit de l'enfance* de l'Ontario.

Veuillez communiquer avec EnAvantage pour obtenir la définition du conjoint si vous avez acquis des prestations du RRMS pendant que vous travailliez dans une autre province que l'Ontario ou pour un employeur sous réglementation fédérale.

Les prestations de décès ne sont pas toujours versées au conjoint. Si vous souhaitez que votre conjoint reçoive des prestations de décès du RRMS payables à votre décès, vous devriez aussi désigner votre conjoint comme bénéficiaire en remplissant la section « Désignation des bénéficiaires » de ce formulaire. Si vous désignez votre conjoint comme étant votre bénéficiaire, il le demeurera jusqu'à ce que vous révoquiez cette désignation, même si cette personne n'est plus votre conjoint.

Prestations de décès et bénéficiaire(s) désigné(s)

Vous pouvez désigner une personne ou un organisme qui recevra les prestations de décès du RRMS payables à votre décès. Vous devez préciser s'il s'agit de votre bénéficiaire « principal » ou « secondaire ». Un bénéficiaire « secondaire » recevra des prestations de décès seulement si tous vos bénéficiaires principaux désignés décèdent avant vous. Si vous nommez plus d'une personne dans chaque catégorie (bénéficiaire principal et bénéficiaire secondaire), les prestations de décès seront réparties équitablement entre les personnes dans la catégorie applicable, à moins que vous ne précisiez des proportions différentes pour chacune. Les différentes proportions doivent donner un total de 100 %.

Fiduciaire

Si vous voulez désigner comme bénéficiaire un mineur, c.-à-d. une personne âgée de moins de 18 ans, vous devez nommer un fiduciaire en remplissant la section « Nomination d'un fiduciaire » de ce formulaire. Le Régime ne peut verser une prestation de décès directement à un mineur. Le fiduciaire recevra les prestations de décès du RRMS et les gardera jusqu'à ce que le mineur ait 18 ans. Si une prestation de décès du RRMS devient payable à un bénéficiaire mineur pour qui aucun fiduciaire n'a été nommé, le Régime versera la prestation de décès conformément à la loi applicable, notamment la *Loi portant réforme du droit de l'enfance* de l'Ontario.