

Section A – Renseignement sur le participant

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ADRESSE		APP/C.P.	TÉLÉPHONE	CELLULAIRE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL		DATE DE NAISSANCE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
COURRIEL			NUMÉRO DE BANDE		NON AUTOCHTONE <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
SEXE : HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/>		LANGUE : FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/>			
ÉTAT CIVIL : MARIÉ <input type="checkbox"/> CONJOINT(E) DE FAIT <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> DIVORCÉ(E) <input type="checkbox"/> SÉPARÉ(E) <input type="checkbox"/> VEUF(VE) <input type="checkbox"/>					

Section B – Renseignements sur le conjoint

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DATE DE NAISSANCE		COURRIEL		TÉLÉPHONE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Je désire recevoir le formulaire de renonciation du conjoint (Voir « INFOS » au verso pour plus d'informations)

Section C – Désignation de bénéficiaire(s) – (Autres que le conjoint)

En remplissant cette section, vous révoquez toute désignation antérieure, s'il y a lieu, et désignez les bénéficiaires ci-après, dans la mesure où la loi le permet. (Voir « INFOS » au verso pour plus d'informations)

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRESSE (SI DIFFÉRENTE)		TÉLÉPHONE		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRESSE (SI DIFFÉRENTE)		TÉLÉPHONE		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRESSE (SI DIFFÉRENTE)		TÉLÉPHONE		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

Déclaration du participant

Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements donnés sont véridiques, corrects et complets.

SIGNATURE DU PARTICIPANT

DATE

Section A – Renseignements sur le participant

Vous devez remplir chacune des cases pour vous assurer que votre dossier est complet et qu'aucune information n'est manquante.

Section B – Renseignements sur le conjoint

Vous devez remplir cette section si votre état civil est : marié, conjoint de fait ou séparé.

En remplissant cette section, vous n'avez pas à désigner votre conjoint en tant que bénéficiaire. En cas de décès, les prestations sont payables au conjoint avant d'être payables aux bénéficiaires.

Si vous ne voulez en aucun cas que votre conjoint soit admissible à recevoir des prestations, vous devez nous faire parvenir le formulaire de *Renonciation du conjoint à la prestation de décès* signé par ce dernier. Veuillez contacter notre service à la clientèle si vous désirez recevoir une copie de ce formulaire.

Section C – Désignation de bénéficiaire (s)

Notez bien qu'en remplissant cette section, vous révoquez toute désignation antérieure à cette dernière, s'il y a lieu, et désignez le ou les bénéficiaires ci-après, dans la mesure où la loi le permet.

À défaut d'identifier le pourcentage alloué à chacun des bénéficiaires désignés, la prestation de décès sera versée à parts égales à chacun d'eux. Si un bénéficiaire décède avant vous, sa part sera partagée entre les bénéficiaires survivants.

Vous n'avez pas à désigner votre conjoint en tant que bénéficiaire dans cette section, celui-ci se qualifiant déjà comme bénéficiaire principal.

Si la désignation antérieure avait été faite à titre « irrévocable », vous devez obtenir le consentement écrit du bénéficiaire via le formulaire de *Demande de changement de bénéficiaire(s) irrévocable(s)*, afin de pouvoir procéder à une nouvelle désignation.

Si vous désirez désigner votre (vos) bénéficiaire(s) comme étant « irrévocable(s) », vous devez remplir le formulaire de *Désignation de bénéficiaire(s) irrévocable(s)*. Vous n'avez qu'à contacter notre service à la clientèle pour obtenir une copie de ce formulaire.

Déclaration du participant

N'oubliez pas de signer votre formulaire, sans quoi, il ne sera pas valide et devra vous être retourné pour obtenir la signature.

Advenant que le bénéficiaire désigné au présent formulaire décède avant vous et qu'aucune autre désignation n'ait été faite, les prestations de décès seront payables à vos ayants droit sous réserve des dispositions de la **Loi de 1985 sur les normes de prestation de pension** et conformément aux règlements du Régime.