



Désignation du conjoint ou du bénéficiaire

LE PARTICIPANT DOIT UTILISER CE FORMULAIRE
POUR INDIQUER, SOIT :

- ÉTAT CIVIL
- DÉCLARATION D'UN CONJOINT
- BÉNÉFICIAIRE
- RENONCIATION DU CONJOINT

A Renseignements personnels du participant

Nom du participant		Prénom du participant	
- -			
a a a a / m m / j j			
Numéro d'assurance sociale	Date de naissance	Sexe	Langue de correspondance
		<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Adresse du domicile du participant (numéro, rue, appartement, case postale)			
Ville		Province	Code postal
- -			@
Numéro de téléphone		Courrier électronique (facultatif)	

B État civil

À LA DATE DE LA SIGNATURE DE LA PRÉSENTE DÉCLARATION :

1. Êtes-vous marié?

Une personne qui est légalement séparée de corps demeure mariée

- Oui, passez à **1.1.** Non, passez à la **question 2**

1.1. Êtes-vous légalement séparée de corps?

- Oui
Si vous désirez que cette personne soit quand même considérée comme votre conjoint aux fins du régime, inscrivez son nom à la section C, sinon passez à la section E
- Non, identifiez votre conjoint à la **section C**

2. Êtes-vous lié à une autre personne par une union civile?

- Oui, identifiez votre conjoint à la **section C** Non, passez à la **question 3**

3. Avez-vous un CONJOINT DE FAIT, c'est-à-dire une personne avec laquelle vous vivez maritalement depuis au moins 3 ans ou depuis au moins 1 an si vous et votre conjoint êtes parents d'un même enfant?

- Oui, identifiez votre conjoint à la **section C** Non, passez à la **section E**

C Renseignements personnels du conjoint, s'il y a lieu

Nom du participant		Prénom du participant	
a a a a / m m / j j			
Date de naissance		Sexe	Langue de correspondance
		<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais

SECTIONS D, E ET F À LA PAGE SUIVANTE

D Renonciation du conjoint

1 PRESTATIONS PAYABLES AU CONJOINT EN CAS DE DÉCÈS DU PARTICIPANT AVANT SA RETRAITE

Je suis informé qu'advenant le décès de mon conjoint, identifié à la section A, avant sa retraite, j'aurai droit, à titre de conjoint, à une prestation égale à la valeur des droits accumulés par celui-ci dans son régime de retraite. Je renonce à mon droit de recevoir, à titre de conjoint, cette prestation payable par le régime en cas de décès de mon conjoint avant sa retraite et je comprends qu'aucune prestation de décès ne me sera versée, à moins d'être le bénéficiaire désigné à la section E. Je confirme avoir reçu toute l'information nécessaire pour comprendre les effets de ma décision. Je comprends que je peux révoquer cette renonciation pour autant que l'administrateur du régime de retraite de mon conjoint en soit informé par écrit avant le décès de celui-ci.

aaaa / mm / jj

Signature du conjoint

Date

2 PRESTATIONS PAYABLES AU CONJOINT EN CAS DE DÉCÈS DU PARTICIPANT PENDANT SA RETRAITE

Je suis informé qu'advenant le décès de mon conjoint, identifié à la section A, pendant sa retraite, j'aurai droit, ma vie durant, à une rente égale à 60 % de la rente que recevait mon conjoint de son régime de retraite avant son décès. Dans un tel cas, la rente de mon conjoint sera réduite pour tenir compte de la valeur du droit qui est accordé.

Afin d'éviter une telle réduction, je renonce à mon droit de recevoir une rente de conjoint et je comprends qu'aucune prestation de décès ne me sera versée du régime, à moins d'être le bénéficiaire désigné au fin du paiement des prestations payables en cas de décès après la retraite. Je confirme avoir reçu toute l'information nécessaire pour comprendre les effets de ma décision. Je comprends que je peux révoquer cette renonciation, pour autant que l'administrateur du régime de retraite de mon conjoint en soit informé par écrit avant le début du paiement de la rente de mon conjoint, et que cette renonciation ne peut être révoquée après le début du service de la rente de mon conjoint.

aaaa / mm / jj

Signature du conjoint

Date

E Identification du bénéficiaire de la prestation payable EN CAS DE DÉCÈS DU PARTICIPANT AVANT LA RETRAITE

Lorsqu'un participant décède avant sa retraite, la loi prévoit que seul son conjoint peut avoir droit à la prestation de décès, sauf si le conjoint y a renoncé de la façon décrite à la section D1. Dans les autres cas, la prestation sera payable au bénéficiaire désigné par le participant ou à défaut, à la succession. Si vous souhaitez désigner une personne à titre de bénéficiaire de la prestation payable pour le régime advenant votre décès avant la retraite et que vous êtes dans l'une des situations suivantes, vous pouvez remplir la partie E de ce formulaire :

- Vous n'avez pas de conjoint identifié dans la section C.
- Vous avez un conjoint identifié dans la section C mais celui-ci a complété la section D1 afin de renoncer à cette prestation de décès.

Si vous décédez sans avoir complété la présente section, la prestation de décès sera payable à votre conjoint ou, à défaut de conjoint, à votre succession.

Le bénéficiaire peut être désigné de façon « révocable » ou « irrévocable » en cochant la case appropriée ci-dessous. Si vous choisissez « irrévocable », vous devrez obtenir le consentement écrit de cette personne avant de désigner par la suite un nouveau bénéficiaire. En complétant la présente section, vous révoquez par le fait même, toute désignation de bénéficiaire que vous avez pu faire antérieurement.

Si vous désignez plus d'un bénéficiaire, assurez-vous que la somme des pourcentages assignés égale 100 %.

1	Nom du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	Date de naissance aaaa / mm / jj	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Désignation	%
2	Nom du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	Date de naissance aaaa / mm / jj	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Désignation	%
3	Nom du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	Date de naissance aaaa / mm / jj	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Désignation	%

F Déclaration du participant

J'atteste l'exactitude des renseignements indiqués dans le présent formulaire. Je reconnais qu'une fausse déclaration ou une déclaration erronée peut causer un préjudice important à la caisse de retraite et que cela pourrait entraîner des poursuites judiciaires contre moi ou mes héritiers légaux.

aaaa / mm / jj

Signature du participant

Date

VOUS DEVEZ TRANSMETTRE CE FORMULAIRE À

RRTAP
700, rue De La Gauchetière Ouest, bureau 1900
Montréal (Québec)
H3B 0A7

DES QUESTIONS?

Centre de contacts clients :
Téléphone : 1 866 874-4069 sans frais
Télécopieur : 514 840-7780
Courriel : rrtap@aon.ca