

**RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE ET D'ASSURANCE-SALAIRE DES MENUISIERS DE PRÉFABRICATION (UNIFOR)
RÉGIME DE PENSION AGRÉÉ POUR LE SYNDICAT UNIFOR DU CANADA (CONSTRUCTION)**

1. Veuillez remplir à l'encre et imprimer lisiblement. Veuillez donner tous les renseignements demandés.
2. BÉNÉFICIAIRE D'ASSURANCE-VIE - Inscrivez les nom et prénom(s) du ou de la bénéficiaire de la prestation d'assurance-vie collective.
3. PRESTATION DE RETRAITE - **Si vous avez un conjoint ou une conjointe***, vous devez le ou la désigner comme bénéficiaire. Au cas où vous n'auriez PAS de conjoint(e) (ou si vous pouvez fournir une copie de l'accord juridique qui abandonne la convention du droit du conjoint(e) aux prestations de retraite). Vous pouvez alors désigner le ou la bénéficiaire de votre choix.
*Conjoint(e) s'entend : a) d'une personne à laquelle vous êtes légalement marié(e)
ou b) d'une personne avec laquelle vous avez vécu en tant que conjoint(e) de fait durant la période minimale applicable, telle que définie par la loi provinciale sur la pension, précédant tout paiement de la prestation du régime de retraite.
4. PERSONNES À CHARGE - Dresser la liste de toutes les personnes à charge, y compris votre conjoint(e)*.
*Conjoint(e) s'entend : a) d'une personne à laquelle vous êtes légalement marié(e)
ou b) d'une personne avec laquelle vous avez vécu en tant que conjoint(e) de fait.
Enfants à charge : Veuillez dresser une liste commençant par votre aîné(e).
5. **S'il y a des changements à l'avenir, vous devez remplir un nouveau bulletin d'adhésion que vous pouvez obtenir du bureau du syndicat ou du bureau de l'administrateur.**
6. Veuillez vous assurer que le bulletin est entièrement rempli, signé et daté. Veuillez transmettre le bulletin une fois rempli à l'administrateur :



D.A. Townley

4250 Canada Way, Burnaby, BC V5G 4W6

Tél. : (604) 299-7482 Téléc. : (604) 299-8136 Sans frais d'interurbain : 1-800-663-1356



**RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE ET D'ASSURANCE-SALAIRE DES MENUISIERS DE PRÉFABRICATION (UNIFOR)
RÉGIME DE PENSION AGRÉÉ POUR LE SYNDICAT UNIFOR DU CANADA (CONSTRUCTION)**

BULLETIN D'ADHÉSION ET DÉSIGNATION DU OU DE LA BÉNÉFICIAIRE

BULLETIN RÉVISÉ - COCHEZ ICI

Veuillez vous assurer que ce bulletin est bien rempli et que vous l'avez signé et daté. Une fois le bulletin entièrement rempli, envoyez-le à l'administrateur du régime.

RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LA MEMBRE - Veuillez écrire lisiblement en lettres moulées.

NOM		PRÉNOM(S)		SEXE	N° DU RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS
N° D'ASSURANCE SOCIALE	DATE DE NAISSANCE (J/M/A)	N° DE TÉLÉPHONE ()		POSTE	PROFESSION
ADRESSE (N°, rue, province, code postal)					
DÉSIGNATION DU OU DE LA BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE-VIE Dans le cas de mon décès, par la présente je désigne comme bénéficiaire révocable :					PARENTÉ
DÉSIGNATION DU OU DE LA PRESTATAIRE DE RETRAITE **Veuillez vous référer au haut du présent formulaire** Dans le cas de mon décès, par la présente je désigne comme bénéficiaire révocable :					PARENTÉ

Pour protéger votre vie privée : Afin de vérifier votre identité quand vous appelez l'administrateur, veuillez fournir un fait personnel ou une question, avec sa réponse, dont vous seul(e) savez la réponse (à savoir, notamment le nom de jeune fille de votre mère, votre lieu de naissance).

Question : _____ Réponse : _____

J'autorise l'usage de mon numéro d'assurance sociale à fin d'identification et je comprends que D.A. Townley recueille ces renseignements pour évaluer l'admissibilité des prestations, pour les déterminer et pour statuer sur elles, pour déterminer les prestations, pour déterminer les coûts et gérer financièrement ces prestations et que cette entreprise répond aux exigences réglementaires ou contractuelles et à toute obligation fiduciaire touchant ces prestations et aux services connexes fournis.

DATE : _____ SIGNATURE DU OU DE LA MEMBRE : _____

Remplir le présent bulletin ne donne pas droit, en soi, au ou à la membre de toucher les prestations. (Consulter la brochure sur le régime pour y voir les détails pour devenir admissible aux prestations.)

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE - Dresser une liste de toutes les personnes à charge éligibles.

PRÉNOM(S) (si différent de celui du ou de la membre)	NOM	PARENTÉ AVEC LE OU LA MEMBRE	DATE DE NAISSANCE (J/M/A)	ÉTUDIANT(E) Oui/Non
01 Conjoint(e)*				
02 Enfants à charge (l'aîné(e) d'abord)				
03				
04				
05				
06				
07				

COORDINATION DES PRESTATIONS :

Êtes-vous couvert(e) par un autre régime de prestation (notamment le régime de votre conjoint(e))? NON OUI
Si OUI, prestations couvertes : _____ Le NAS de votre conjoint(e) : _____
Numéro(s) de police : _____ Société d'assurance : _____

Au cas où vous ajouteriez un conjoint(e),
Date du mariage : _____
Au cas où vous ajouteriez un conjoint(e) de fait,
Date du commencement de la relation de fait : _____

Au cas où vous ajouteriez des enfants âgés de plus de 21 ans, indiquez l'établissement d'éducation qu'ils fréquentent à temps plein : _____

* Les conjoints de fait et leurs enfants **peuvent être** couverts selon la période de cohabitation minimale telle que décrite dans votre police collective.