

**FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE DU FONDS DE RETRAITE  
DES DIRIGEANTS ET EMPLOYÉS DES SOCIÉTÉS AFFILIÉES DU SEIU**

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

NAS : \_\_\_\_\_ Date d'embauche : \_\_\_\_\_

Par la présente, je désigne \_\_\_\_\_, résidant actuellement au

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
(Numéro et rue) (Ville/État/code postal)

\_\_\_\_\_ (Lien de parenté \* Si vous êtes marié(e), voir au verso) \_\_\_\_\_ (Numéro d'assurance sociale)

en tant que mon/ma bénéficiaire de toutes les prestations pouvant devenir payables en cas de décès en vertu de la disposition du « Fonds de retraite des dirigeants et employés des sociétés affiliées du SEIU ».

La date de naissance de ce(tte) bénéficiaire est : \_\_\_\_\_.

Si le/la bénéficiaire susmentionné(e) n'est pas en vie à mon décès, je désigne :

\_\_\_\_\_ (Nom) \_\_\_\_\_ (lien de parenté)

\_\_\_\_\_, résidant actuellement au :

\_\_\_\_\_ (Numéro d'assurance sociale)  
\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
(Numéro et rue) (Ville/État/code postal)

comme la personne qui recevra ces prestations.

Si le/la bénéficiaire susmentionné(e) n'est pas en vie à mon décès, je désigne :

\_\_\_\_\_ (Nom) \_\_\_\_\_ (lien de parenté)

\_\_\_\_\_, résidant actuellement au :

\_\_\_\_\_ (Numéro d'assurance sociale)  
\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
(Numéro et rue) (Ville/État/code postal)

comme la personne qui recevra ces prestations.

Mon adresse actuelle est la suivante : \_\_\_\_\_  
(Numéro et rue)

\_\_\_\_\_ (Ville/État/code postal)

**LE PRÉSENT FORMULAIRE ANNULE ET REMPLACE TOUT FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE  
SOU MIS PRÉCÉDEMMENT.**

Signé : \_\_\_\_\_

Révisé le 11/1/2012

Date : \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE CONJOINT(E)

### FONDS DE RETRAITE DES DIRIGEANTS ET EMPLOYÉS DES SOCIÉTÉS AFFILIÉES DU SEIU

Si vous êtes marié(e) et que vous avez désigné une personne **autre que votre conjoint(e)** comme bénéficiaire, remplissez le présent formulaire chaque fois que vous désignez (ou mettez à jour) votre bénéficiaire. Votre conjoint(e) doit signer le présent formulaire en présence d'un représentant de la caisse de prévoyance **ou** d'un notaire. Si le Bureau du Fonds de prestation ne reçoit pas le présent formulaire rempli, votre formulaire de désignation de bénéficiaire sera annulé. Si vous ne parvenez pas à localiser votre conjoint(e), contactez le Bureau du Fonds de prestation pour obtenir des instructions.

\_\_\_\_\_  
(Participant(e) au régime)

\_\_\_\_\_  
(Nom du/de la bénéficiaire)

\_\_\_\_\_  
(Lien avec le/la participant(e) au régime)

Moi, \_\_\_\_\_, conjoint(e) du/de la participant(e) susmentionné(e), reconnais et accepte qu'un(e) bénéficiaire suppléant(e), tel que désigné(e) ci-dessus, a été choisi(e) pour recevoir les prestations de décès au nom du/de la participant(e) susmentionné(e) dans le cadre du Fonds de retraite des dirigeants et employés des sociétés affiliées du SEIU.

\_\_\_\_\_  
(Signature du/de la conjoint(e))

État de \_\_\_\_\_ ) SS :

Comté de \_\_\_\_\_ )

Le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_,  
devant moi, la personne décrite dans la déclaration ci-dessus et qui l'a exécutée, m'a dûment reconnu l'avoir exécutée.

\_\_\_\_\_  
(Notaire)

OU

\_\_\_\_\_  
(Représentant du service des prestations de retraite)

Révisé le 11/1/2012