

DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE - RÉGIME DE RETRAITE

(VEUILLEZ REMPLIR CLAIREMENT EN LETTRES MAJUSCULES)

PAGE 1 DE 2

| | |
|--------------------|--|
| NOM DU PARTICIPANT | (NOM DE FAMILLE) (PRÉNOM) (SECOND PRÉNOM) |
| DATE DE NAISSANCE | (AA) (MM) (JJ) NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE : |
| ÉTAT CIVIL | CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT <input type="checkbox"/> DIVORCÉ <input type="checkbox"/> |
| LANGUE | ANGLAIS <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> SEXE : HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/> |
| ADRESSE POSTALE | (ADRESSE) (UNITÉ/APP.) |
| | (VILLE) (PROVINCE) (CODE POSTAL) |

CONJOINT (VOIR LA NOTE 1 AU VERSO)

| | |
|-------------------|---|
| NOM | (NOM DE FAMILLE) (PRÉNOM) (SECOND PRÉNOM) |
| DATE DE NAISSANCE | (AA) (MM) (JJ) NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE : |

JE SOUSSIGNÉ, _____, RÉVOQUE PAR LA PRÉSENTE TOUTE DÉSIGNATION
 (NOM DU PARTICIPANT)

OU NOMINATION DE BÉNÉFICIAIRE QUE J'AI FAITE EN VERTU DES DISPOSITIONS DU RÉGIME ET JE DÉCLARE QUE LES SOMMES PAYABLES EN VERTU DUDIT RÉGIME PAR SUITE DE MON DÉCÈS SERONT VERSÉES À LEUR DATE D'ÉCHÉANCE RESPECTIVE DE LA MANIÈRE SUIVANTE :
 SI JE N'AI PAS DE CONJOINT, MON PREMIER BÉNÉFICIAIRE DÉSIGNÉ SERA LA PERSONNE NOMMÉE CI-APRÈS : (VOIR LA NOTE 2 AU VERSO)

| | |
|--|---|
| NOM | (NOM DE FAMILLE) (PRÉNOM) (SECOND PRÉNOM) |
| LIEN DE PARENTÉ OU AUTRE AVEC LE PARTICIPANT | DATE DE NAISSANCE : (AA) (MM) (JJ) NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE : |

À MOINS QUE LA LOI N'EN DISPOSE AUTREMENT, SI LA PERSONNE PRÉCITÉE DÉCÈDE AVANT MOI, TOUTE PRESTATION PAYABLE À MON DÉCÈS SERA VERSÉE À CHAQUE BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIARE NOMMÉ CI-APRÈS. S'IL N'Y A AUCUN BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIARE, TOUTE PRESTATION PAYABLE SERA VERSÉE À MA SUCCESSION.

BÉNÉFICIAIRE(S) SUBSIDIARE(S)

| NOM DE FAMILLE | PRÉNOM | LIEN DE PARENTÉ OU AUTRE AVEC LE PARTICIPANT | DATE DE NAISSANCE (AA) (MM) (JJ) | RÉPARTITION EN % |
|----------------|--------|--|----------------------------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | TOTAL - 100 % |

STEELWORKERS PENSION PLAN NOMINATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

À l'attention du participant : Benefit Plan Administrators Limited (BPA) a recueilli les renseignements personnels que vous avez fournis dans ce formulaire (et dans toutes les pièces jointes soumises, le cas échéant), et ceci aux fins d'administration du Régime de retraite et de vos droits aux prestations qui en découlent.

Ces renseignements personnels nous permettent de tenir à jour les dossiers des participants au Régime, de calculer vos droits aux prestations et les droits à des prestations d'un bénéficiaire, s'il y a lieu, de nous assurer que le versement des prestations, les retraits autorisés et l'exécution des transferts ont lieu aux dates prévues, de préparer les documents qui doivent être remis aux participants et aux bénéficiaires, s'il y a lieu, lesquels portent sur le fonctionnement du Régime et les droits qui en résultent, et de prendre en charge la gestion générale du Régime.

Les renseignements personnels qui vous concernent peuvent être communiqués, en partie ou en totalité, à votre conjoint et à votre bénéficiaire si votre conjoint ou bénéficiaire devient admissible à recevoir des prestations en vertu du Régime, nous permettant ainsi de donner effet à ces droits. Les renseignements personnels qui vous concernent peuvent aussi être communiqués en partie ou en totalité à des tiers dépositaires du Régime, à des vérificateurs et à des actuaires pour qu'ils puissent fournir des services ayant trait à l'administration du Régime et à la conformité dudit Régime aux exigences juridiques et réglementaires. Ils peuvent aussi être divulgués si la loi l'exige ou le permet.

JE COMPRENDS QUE LES PRESTATIONS PAYABLES EN VERTU DE CE RÉGIME SERONT ADMINISTRÉES EN CONFORMITÉ AVEC LES DÉSIGNATIONS INSCRITES AU RECTO DE CE FORMULAIRE, ET JE DONNE MON CONSENTEMENT À LA COLLECTE, À L'UTILISATION ET À LA DISTRIBUTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS, TEL QU'IL EST INDIQUÉ CI-DESSUS.

SIGNATURE DU PARTICIPANT

NOM DU PARTICIPANT (EN LETTRES MAJUSCULES)

DATE

SIGNATURE DU TÉMOIN**

DATE

** VOTRE CONJOINT OU VOTRE BÉNÉFICIAIRE NE PEUT AGIR COMME VOTRE TÉMOIN

NOTE 1

Aux fins du Régime, le «conjoint» d'un participant à n'importe quelle date signifie l'une ou l'autre de deux personnes qui, selon le cas :

- a) sont mariées ensemble,
- b) ne sont pas mariées ensemble et qui vivent dans une union conjugale;
 - (i) soit de façon continue depuis au moins trois ans,
 - (ii) soit dans une relation d'une certaine permanence, si elles sont les parents d'un enfant au sens de l'article 4 de la *Loi portant réforme du droit de l'enfance*.

NOTE 2

Vous vous réservez le droit d'effectuer un changement de bénéficiaire, sous réserve toujours des dispositions de toute loi ou de tout règlement gouvernemental régissant la désignation des bénéficiaires qui est en vigueur et qui peut s'appliquer, s'il y a lieu. Si le ou les bénéficiaires désignés décèdent avant vous et qu'aucun autre bénéficiaire n'a été désigné, les prestations payables seront versées à votre SUCCESSION.

Les paiements dus à un mineur seront versés à la Cour jusqu'à son 18^e anniversaire de naissance. Si vous voulez éviter cette situation, vous devez consulter un avocat spécialisé en planification successorale.

Veillez remplir au complet les deux côtés de ce formulaire. Pour recevoir les prestations auxquelles vous pouvez avoir droit en vertu de votre régime de retraite, vous devez d'abord dûment remplir, dater et signer ce formulaire et le déposer auprès de l'administrateur du Régime.

VEUILLEZ RETOURNER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À :

Benefit Plan Administrators Limited
C. P. 3071, Succursale «A»
Mississauga (Ontario) L5A 3A4

Dans ce document, toutes les expressions désignant des personnes visent à la fois les hommes et les femmes.