

**DEMANDE DE PRESTATIONS**

1 ^{ère} section - A remplir par le requérant – Lire les directives au verso avant de remplir					
Nom de famille du participant		Prénom		Numéro d'assurance sociale du participant	
Adresse		Rue/Ville		Province	Code postal
N° de téléphone au domicile ()	Date de naissance Jour Mois Année		État civil (* voir au verso) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> union de fait * <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> partenaire du même sexe		Date du mariage ou du début de la cohabitation Jour Mois Année
Nom du/ de la conjoint(e)		Date de naissance Jour Mois Année		NAS du/de la conjoint(e)	
N° d'employé	Emploi actuel	Lieu de travail	Nom de l'employeur		Langue préférée <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français
Nous autorisons par la présente, moi et mon/ma conjoint(e), l'administrateur du Régime l'utilisation de ce numéro pour fin d'impôt, d'identification et d'administration de nos prestations.					
Signature du participant		Signature du conjoint(e)		Date	
La présente demande est faite dans l'intention d'obtenir le type de prestations suivantes :					
<input type="checkbox"/> PRESTATIONS DE CESSATION D'EMPLOI		Date de la cessation d'emploi: _____ (Jour, Mois, Année)			
<input type="checkbox"/> PRESTATIONS DE RETRAITE		Date de la retraite: _____ (Jour, Mois, Année)			
<input type="checkbox"/> PRESTATIONS DE DECES		Date du décès: _____ (Jour, Mois, Année)			
<input type="checkbox"/> RUPTURE DU MARIAGE		Date de la Rupture du Mariage: _____ (Jour, Mois, Année)			
Je certifie par la présente que les déclarations ci-dessus sont vraies, exactes et complètes du mieux de ma connaissance. Je comprends que Manion, Wilkins & Associates Ltd utilisera les renseignements fournis sur le formulaire seulement pour le traitement de ma demande des prestations. J'autorise par la présente la divulgation des renseignements sur ce formulaire à mon syndicat, mon employeur et au conseil d'administration du fonds de retraite en fiducie pour les fins d'approbation et de vérification du versement des prestations. Une photocopie de cette autorisation est aussi valable que l'originale.					
Signature du requérant			Date		
Nom du requérant(e) (s'il n'est pas le participant)			NAS du requérant(e) (s'il n'est pas le participant)		
2 ^{ème} section - A remplir par le représentant du syndicat					
Selon les registres du syndicat, ce participant a adhéré à la section Locale 1976 Des Métallos le _____ (Jour, Mois, Année)					
Je certifie par la présente qu'à l'heure actuelle le participant est: <input type="radio"/> en règle <input type="radio"/> pas en règle avec la section syndicale en raison de <input type="radio"/> Suspension <input type="radio"/> Dégagement <input type="radio"/> Autre _____ le _____ (Jour, Mois, Année)					
Signature du représentant de la section syndicale			Date		
3 ^{ème} section - A remplir par le représentant autorisé du personnel si le membre était en service quand il a cessé son emploi					
Le soussigné certifie par la présente que selon les dossiers de l'employeur les renseignements fournis dans cette demande sont conformes. L'historique d'emploi du participant est le suivant :					
Total des cotisations de retraite du participant retenues durant l'année en cours				\$	
Total des cotisations patronales durant l'année en cours				\$	
indiquer la dernière période de paye incluse dans les chiffres fournis			Indiquer la dernière période de paye pour le participant		
Signature du représentant autorisé du personnel			Date		

DIRECTIVES POUR COMPLETER LA DEMANDE DE PRESTATIONS

- a) Le requérant doit remplir la **1^{ère} section** et faire remplir la **2^{ème} section** par un représentant du syndicat et la **3^{ème} section** par un représentant autorisé du personnel (employeur) si le membre était en service quand il a cessé son emploi.
- b) **DEMANDE DE PRESTATIONS DE CESSATION D'EMPLOI** : Vous pouvez choisir une demande de cessation d'emploi si vous n'êtes plus en règle avec la section syndicale, ou vous n'avez pas travaillé avec un employeur participant pendant 24 mois consécutifs, et avant l'âge de 65 ans. Dépendant le nombre d'année que vous étiez un membre du Régime, vous recevrez un paiement forfaitaire, ou un transfert de votre compte à l'un des véhicules décrit dans la section <<Transférabilité>> de votre caisse de membre.
- c) **DEMANDE DE PRESTATIONS DE RETRAITE** : Vous pouvez choisir une demande de prestations de retraite après votre 55^e anniversaire, au maximum jusqu'à la fin de l'année de votre 71^e anniversaire, à condition que vous soyez un membre du Régime depuis au moins deux années continues et ne travaillez pas avec un employeur participante dans une poste syndiqué. Votre compte peut être utilisé pour acheter une rente d'une compagnie d'assurance en votre nom ou transférer dans un fonds de revenu viager. Votre date de retraite ne doit pas précéder la date à laquelle l'administrateur reçoit votre demande.
- d) **DEMANDE DE PRESTATIONS DE DECES** doit être accompagnée d'une photocopie de l'acte de décès provincial ou de la déclaration de l'entrepreneur des pompes funèbres ainsi que l'originale déclaration du médecin traitant, une copie de l'acte de mariage (*s'il y a lieu*) et une copie de la preuve d'âge du/de la conjoint(e) du bénéficiaire et son numéro d'assurance sociale.
- e) **LA DEMANDE DE RUPTURE DU MARIAGE** doit être accompagnée d'un document de l'union civile ou certificat de mariage et l'un des documents suivants: une ordonnance de la cour, une entente de séparation ou de divorce.
- f) **UNE PHOTOCOPIE DES SUIVANTS DOIT ACCOMPAGNER CHAQUE DEMANDE** :
- preuve de votre âge
 - preuve de l'âge de votre conjoint(e) (si applicable)
 - copie du certificat de mariage ou de la déclaration certifiée devant un notaire de votre union de fait (si applicable)
 - entente de votre divorce/séparation (si applicable)
- Vous trouverez ci-après une liste de document de preuve d'âge dressée en ordre de préférence. Si vous ne pouvez pas obtenir l'une des pièces suivantes, veuillez communiquer avec l'administrateur du Régime.
- Acte de naissance émis par une autorité gouvernementale;
 - Documents de citoyenneté, documents d'immigration, dossier militaire ou passeport portant la date de naissance;
 - Permis de conduire accompagné d'une photo portant la date de naissance.
- g) Il faut renvoyer le formulaire dûment complété ainsi que tout autre document requis à l'administrateur à l'adresse suivante (envoyer par courriel ou télécopieur n'est pas acceptable):

MANION WILKINS & ASSOCIATES LTD
4-222 Rowntree Dairy Rd, Woodbridge ON L4L 9T2
Téléphone 416 234-3511 Sans frais 1 800 263-5621

* Un(e) conjoint(e) de fait ou un partenaire du même sexe sont considérés(es) comme <<conjoint(e)>> aux fins de recevoir des prestations en vertu de votre régime de retraite si votre conjoint(e) de fait, ou partenaire du même sexe, est une personne avec laquelle vous cohabitez dans une situation assimilable à une union conjugale depuis au moins un (1) an. Si vous n'avez pas un(e) conjoint(e) de fait, un conjoint(e) est une personne à laquelle vous êtes légalement mariée.

Dès que nous aurons reçu votre demande, l'administrateur avisera le(la) participant(e), le(la) conjoint(e) du participant ou bénéficiaire du participant de l'état des prestations et des options offertes, s'il y a lieu, en vertu du Régime.

Le traitement du dossier des prestations peut prendre jusqu'à 60 jours après que l'administrateur ait reçu toutes les pièces requises et la dernière cotation. Le défaut de pièces justificatives entraînera un retard dans le traitement de la demande.

LES DEMANDES INCOMPLETES SERONT RETOURNEES AU PARTICIPANT OU AU REQUERANT