

Régime à risques partagés de certains employés syndiqués des hôpitaux du N.-B.
Régime à risques partagés des employés des hôpitaux du N.-B., membres du SCFP

DEMANDE D'ADHÉSION

INFORMATION DE L'EMPLOYEUR		
EMPLOYEUR :		
INFORMATION DE L'EMPLOYÉ(E)		
NOM :		
RÉGIME : <input type="checkbox"/> Régime à risques partagés de certains employés syndiqués des hôpitaux du N.-B. <input type="checkbox"/> Régime à risques partagés des employés des hôpitaux du N.-B., membres du SCFP		
NO. D'ASSURANCE SOCIALE - -	SEXE <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	LANGUE <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français
DATE DE NAISSANCE ____/____/____ année mois jour	DATE D'EMBAUCHE ____/____/____ année mois jour	DATE D'ADHÉSION ____/____/____ année mois jour
<input type="checkbox"/> Employé(e) à temps plein (en vertu de la convention collective) <input type="checkbox"/> Employé(e) à temps partiel (en vertu de la convention collective) – _____% d'emploi à temps plein <input type="checkbox"/> Autre (occasionnel, temporaire, etc.)		
INFORMATION DU BÉNÉFICIAIRE		
NOM :		
ADRESSE :		
DATE DE NAISSANCE ____/____/____ année mois jour	SEXE <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	LIEN DE PARENTÉ (OU AUTRE)
<p>Par la présente, je désigne ci-dessus le(s) bénéficiaire(s) ayant droit à toute somme payable après mon décès conformément aux dispositions du régime indiqué ci-dessus. En outre, je me réserve le droit de changer ma désignation de bénéficiaire dans la mesure où la Loi le permet.</p> <p>Notez : Si vous avez un(e) conjoint(e) ou conjoint(e) de fait tel que défini dans la Loi sur les prestations de pension, votre conjoint(e) ou conjoint(e) de fait est votre bénéficiaire, sauf si votre conjoint(e) ou conjoint(e) de fait a renoncé à ses droits (en totalité ou en partie) en signant le formulaire « Renonciation à une prestation de décès préretraite » (formule 9 de la Loi sur les prestations de pension). Le formulaire de renonciation peut être signé à tout moment avant votre décès.</p> <p>Si mon (ma) conjoint(e) ou conjoint(e) de fait (qui n'a pas rempli le formulaire « Renonciation à une prestation de décès préretraite ») meurt avant moi, ou si je n'ai pas de conjoint(e) ou conjoint(e) de fait, si tout bénéficiaire nommé ci-dessus décède avant moi, l'intérêt du bénéficiaire, sauf disposition contraire indiquée ci-dessus, revient au(x) bénéficiaire(s) survivant(s) ou, à défaut, à ma succession.</p>		
AUTORISATION		
<p>Par la présente, je désire adhérer au régime indiqué plus haut et j'autorise mon employeur à retenir de mes gains toutes cotisations requises en vertu du régime.</p> <p>Par la présente, j'atteste que d'après mes connaissances les renseignements fournis sont exacts tels qu'ils figurent sur la présente demande.</p> <p>Je comprends que cette information est recueillie dans le but d'administrer le régime de retraite susmentionné. En participant à ce régime, je consens à la collection et à l'utilisation de cette information par mon employeur et ses fournisseurs de services et/ou représentants pour l'administration du régime.</p>		
SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E)	DATE ____/____/____ année mois jour	
SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR	DATE ____/____/____ année mois jour	