

FONDS DE PENSION DES MEMBRES CADRES ET DES EMPLOYÉS

Union internationale des employés de service (UIES), CTW, CLC

P.O. Box 22650 Lehigh Valley, PA 18002-2650
(202) 730-7500 ou (800) 458-1010

DEMANDE DE PENSION

SECTION 1

*Veillez lire attentivement cette demande de pension avant de répondre aux questions. Lisez toutes les instructions et assurez-vous que vos réponses sont complètes et lisibles. Veuillez soumettre votre demande au moins **QUATRE (4) MOIS** avant la date de votre retraite.*

INFORMATIONS PERSONNELLES

1. Nom _____ NSS/NAS _____
Nom de famille Prénom Deuxième prénom

2. Adresse _____
Numéro et rue Ville ou municipalité État Code postal

3. Date de naissance _____ 4. Courriel _____
Mois/Jour/Année

5. Téléphone principal (_____) _____ Tél. (_____) _____
(Code régional) Numéro de téléphone (Code régional) Numéro de téléphone

6. _____
de la section locale UIES

7. Date réelle ou prévue du dernier jour de travail _____
Mois Jour Année

8. Date souhaitée pour le début des prestations, au plus tôt _____
Mois Jour Année

9. Situation familiale (cochez une case)
Marié(e) (légalement) _____ Divorcé(e) _____ Veuf (ve) _____ Jamais marié(e)
Nom du (de la) conjoint(e) _____ NSS/NAS du (de la) conjoint(e)----- _____

Date de naissance du (de la) conjoint(e) _____ Date du mariage _____

10. TYPE DE PRESTATIONS

- Prestations normales**
- Prestations de retraite anticipée**
- Prestations d'invalidité (l'attestation d'indemnité d'invalidité doit être présenté)**

SECTION 2

SECTION 3	HISTORIQUE D'EMPLOI				
	11. Indiquez ci-dessous, en commençant par votre emploi le plus récent, les noms et adresses de tous les employeurs de l'Union internationale des employés de service pour lesquels vous avez travaillé. Si vous n'êtes pas en mesure de fournir des dates exactes, veuillez indiquer des dates approximatives d'emploi. (Joignez une feuille supplémentaire si vous avez besoin de plus d'espace)				
	Nom de l'employeur	Classification d'emploi	Adresse	DE <small>Mois/Jour/Année</small>	À <small>Mois/Jour/Année</small>
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
12. Veuillez examiner le rapport détaillé d'estimation des prestations de retraite ci-joint et vérifier chaque année et chaque mois de votre historique d'emploi pour vous assurer qu'il ne manque aucun emploi. Veuillez confirmer votre statut d'emploi et votre salaire auprès de la section locale pendant les mois ou années manquants. (Joignez une feuille supplémentaire si vous avez besoin de plus d'espace)					
Statut d'emploi	Salaire	Local			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
13. Veuillez énumérer ci-dessous les périodes pendant lesquelles vous n'avez pas travaillé en raison d'un service militaire.					
De :	_____	À :	_____		
De :	_____	À :	_____		
De :	_____	À :	_____		

SECTION 4	ORDONNANCES DE RELATIONS DOMESTIQUES QUALIFIÉES	
	14. Veuillez préciser si vos prestations de retraite en vertu de ce régime ont été cédées à un conjoint, à un enfant ou à une autre personne en vertu d'une ordonnance d'un tribunal relative à la dissolution d'un mariage précédent (ou à une séparation) ou au paiement d'une pension alimentaire. Oui _____ Non _____	
Si la réponse est « oui », veuillez joindre une copie de l'ordonnance à votre demande.		

SECTION 5

15. Si vous demandez une PRESTATION D'INVALIDITÉ, remplissez ce qui suit :

- A) Nature de votre invalidité _____.
- B) Quand votre invalidité a-t-elle commencé ? _____.
- C) Nom et adresse de votre médecin _____.
- D) Si vous avez demandé l'allocation d'invalidité de la sécurité sociale, veuillez présenter une copie du document.
- E) Avez-vous exercé une profession quelconque depuis que vous êtes devenu invalide ? Oui Non
Si « oui », complétez ce qui suit : type de travail, date d'emploi et revenus mensuels pour chaque employeur.

_____.

SECTION 6

SIGNATURE DU DEMANDEUR

16. Par la présente, je demande à bénéficier d'une pension du FONDS DE PENSION DES MEMBRES CADRES ET DES EMPLOYÉS de la UIES et je certifie que les déclarations faites dans cette demande sont vraies au meilleur de mes connaissances et de mes convictions. Je comprends qu'une fausse déclaration suffit à justifier le refus, la suspension ou l'interruption des prestations en vertu de ce régime de retraite et que les fiduciaires ont le droit de recouvrer tout paiement qui m'a été versé sur la foi d'une telle fausse déclaration.

X _____
Signature du demandeur *Date*

CHOIX DE PRESTATION DE PENSION RÉVERSIBLE OU DE CERTAINES OPTIONS DE PAIEMENT

Nom du demandeur _____ NAS _____.

J'ai lu attentivement les conditions relatives au choix de l'option ou des options qui sont imprimées au dos de cette page.

17. Par la présente, je choisis l'option suivante (choisissez-en une, sauf si vous choisissez un paiement forfaitaire partiel) :

- Option de conjoint** (50 % US/66 2/3 % CN Versée à mon bénéficiaire après mon décès)
- 75 % pension réversible** (75 % de ma prestation après mon décès à mon bénéficiaire)
- 100 % pension réversible** (100 % de ma prestation après mon décès à mon bénéficiaire)
- 60 mois de paiement certain** (60 mois de paiements garantis)
- 120 mois de paiement certain** (120 mois de paiements garantis)
- _____ % (1 %–30 %) de la valeur de mes prestations accumulées versée sous la forme d'une **somme forfaitaire partielle**
- Option sur une seule tête** (Garantit une prestation à vie)
- Option de pension nivelée** (Veuillez présenter un relevé de sécurité sociale indiquant le montant à 62 ans.)
- Retrait paiement forfaitaire** (La valeur actuelle de la prestation est inférieure à 10 000 \$ et aucune cotisation n'a été versée en votre nom pendant au moins une année civile complète [janv.-déc.] de toute année si vous avez moins de 55 ans.)

Signature du demandeur _____ Date _____ Tél. local _____.

Le nom, le lien, le sexe, l'adresse et la date de naissance de mon bénéficiaire sont les suivants :

Nom _____ Lien _____

NAS du bénéficiaire _____ Date de naissance _____
Mois/Jour/Année

VEUILLEZ COCHER UNE CASE : (Seulement si le bénéficiaire n'est pas votre conjoint(e))

- Je remplis le présent formulaire d'option un an avant la date prévue de mon départ à la retraite et je souhaite que mon option prenne effet au moment du premier versement des prestations de retraite.
- Je remplis le présent formulaire d'option avec ma demande et je souhaite que l'option prenne effet un an après le dépôt du présent formulaire d'option.

IMPORTANT! LISEZ CES CONDITIONS AVANT DE CHOISIR VOTRE OPTION

OPTION SUR UNE SEULE TÊTE - CONDITIONS

L'option sur une seule tête vous procure un paiement garanti égal à 36 fois votre prestation mensuelle accumulée ou votre vie durant, selon le montant le plus élevé, après l'ajustement pour la retraite anticipée (le cas échéant), mais avant l'ajustement pour toute forme de paiement facultatif.

PENSION RÉVERSIBLE—CONDITIONS

L'option de réversion vous donne droit à une pension réduite pendant toute votre vie. À votre décès, votre bénéficiaire désigné recevra, à votre choix, 50 % (66⅔ % CN), 75 % ou 100 % de la prestation que vous receviez pour le reste de sa vie. Le montant de la réduction de la prestation dépend de la différence entre votre âge et l'âge du bénéficiaire que vous avez choisi. Le bénéficiaire peut être, mais ne doit pas nécessairement être votre conjoint(e). Une fois que l'option a commencé, si votre bénéficiaire désigné décède avant vous, vous continuerez à recevoir la prestation réduite jusqu'à la fin de votre vie.

Il y a une période d'attente d'un an pour les options de réversion de 75 % ou de 100 % si votre conjoint(e) n'est pas le bénéficiaire désigné. Vous pouvez faire votre choix un an avant de prendre votre retraite ou de commencer à toucher votre pension. Le montant de votre prestation sera ajusté au montant de l'option de réversion à 50 % pendant la période d'attente, et à l'ajustement choisi lorsque l'option prendra effet. Si vous choisissez l'option de réversion à 75 % ou à 100 % et que vous décédez après le début des prestations, mais pendant la période d'attente, votre bénéficiaire recevra une prestation comme si vous aviez choisi l'option réversible à 50 %.

Si vous ou votre bénéficiaire décédez avant la date d'entrée en vigueur de votre pension, l'option n'est pas valide. Vous pouvez révoquer une option réversible avant la date d'effet de votre pension, mais pas après.

OPTIONS DE PAIEMENT CERTAIN—CONDITIONS

Vous pouvez choisir de recevoir votre pension d'un montant réduit à vie avec la garantie que si vous décédez avant d'avoir reçu un nombre spécifié de paiements mensuels de pension, les paiements restants seront versés à votre ou vos bénéficiaire(s) désigné(s) sur une base mensuelle. Le nombre de mois spécifié à garantir peut être de : 60 mois (cinq ans) ou 120 mois (10 ans).

Toute option de paiement certain doit être choisie au moins un an avant le début des prestations, sauf si le bénéficiaire désigné est votre conjoint(e). Vous pouvez faire votre choix un an ou plus avant de prendre votre retraite ou de commencer à toucher votre pension pendant la période d'attente. Le montant de vos prestations sera ajusté lorsque l'option prendra effet. Si vous décédez après le début du versement des prestations, mais pendant la période d'attente, cette option est nulle. Une fois l'option en vigueur, vous pouvez changer de bénéficiaire ou même révoquer l'option pendant la période de garantie. Si l'option est en vigueur, vous pouvez changer de bénéficiaires ou même révoquer l'option pendant la période de garantie. Si l'option est révoquée, des ajustements actuariels appropriés de votre pension seront apportés aux paiements futurs pour représenter la valeur de la protection précédemment en place. Ces ajustements ne seront pas rétroactifs à la date initiale du début de vos prestations.

Toute option de paiement certain n'est pas valide si vous décédez avant la date d'entrée en vigueur de votre pension.

VERSEMENT D'UNE SOMME FORFAITAIRE - CONDITIONS

Option forfaitaire pour les petites pensions— Si votre pension a une valeur forfaitaire de 10 000 \$ ou moins, vous pouvez choisir de la recevoir sous forme de paiement forfaitaire. Votre conjoint(e) admissible, le cas échéant, doit donner son consentement si la valeur est de 5 000 \$ ou plus.

Option forfaitaire partielle à la retraite – Vous (avec le consentement de votre conjoint(e) admissible) pouvez choisir de recevoir jusqu'à 30 % de votre pension sous forme de somme forfaitaire. Le reste de la prestation peut être versé sous l'une ou l'autre des formes facultatives offertes par le régime.

Option de pension nivelée — Si vous prenez votre retraite avant d'avoir droit à une pension de la sécurité sociale, vous (avec le consentement de votre conjoint(e) admissible) pouvez choisir de recevoir une pension de la UIES plus importante avant le début de la pension de la sécurité sociale et une pension de la UIES moins importante après le début de la pension de la sécurité sociale. Ce choix a pour but de vous assurer un revenu uniforme tout au long de votre retraite, provenant des deux sources.

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DONNÉES POUR D'AUTRES
RÉGIMES DE RETRAITE PARRAINÉS PAR L'EMPLOYEUR**

Non, je ne suis pas couvert par d'autres régimes de retraite parrainés par l'employeur.
 Oui, je suis couvert par d'autres régimes de retraite parrainés par l'employeur ; si oui,
veuillez fournir à ce bureau les informations suivantes :

18. Nom du régime

Adresse

Numéro de téléphone _____ **Personne à contacter** _____

19. Nom du régime

Adresse

Numéro de téléphone _____ **Personne à contacter** _____

En signant ce formulaire, je consens à ce que le Fonds de pension des membres cadres et des employés de la UIES obtienne des informations sur les pensions concernant mes autres régimes de pension d'employeur. *Veillez signer et dater ce formulaire même si la case « non » a été cochée.*

Signature du participant _____ **Date** _____

Union internationale des employés de service, **CTW, CLC**
Fonds de pension des membres cadres et des employés
Box 22650 Lehigh Valley, PA 18002-2650
202 730-7500/800 458-1010 (Appel gratuit)

***Formulaire d'information et
de vérification de l'état civil du (de la) conjoint(e) du Fonds***

La loi américaine exige que toutes les prestations de retraite soient traitées comme une pension de conjoint, à moins que le participant ne fournisse au bureau du Fonds un document légal attestant de son statut matrimonial.

Veillez cocher la case correspondant à votre état civil actuel, indiquer votre numéro d'assurance sociale, signer et dater cette déclaration et la renvoyer à notre bureau :

Je ne suis pas actuellement et n'ai jamais été légalement marié(e).

Je suis maintenant légalement marié(e) à :

Nom du (de la) conjoint(e) : _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance sociale du (de la) conjoint(e) : _____

(Si vous êtes maintenant légalement marié(e), veuillez soumettre la preuve d'âge de votre conjoint(e) et une copie du certificat de mariage.)

J'étais marié(e), mais je suis maintenant légalement divorcé(e).
(Si ce statut s'applique à vous, veuillez soumettre une copie de votre jugement de divorce, signé par un juge ou tamponné par le tribunal.)

J'étais marié(e), mais mon (ma) conjoint(e) est décédé(e).
(Si vous êtes dans cette situation, veuillez soumettre une copie du certificat de décès de votre conjoint(e). Si le certificat de décès ne mentionne pas que vous êtes le (la) conjoint(e), veuillez également soumettre une copie de votre licence de mariage.)

Je suis séparé(e).
(Si vous êtes toujours légalement marié(e) et que vous êtes séparé(e) et que vous ne savez pas où se trouve votre conjoint(e), veuillez fournir à notre bureau une explication notariée.)

Je certifie par la présente que la déclaration ci-dessus est vraie et exacte.

Signature du participant

Date

Numéro d'assurance sociale du participant

NOTE :

- (1) La demande doit être soumise au moins QUATRE (4) mois avant la date à laquelle la pension doit commencer et doit être faite sur ce formulaire officiel du Fonds de pension.
- (2) Après avoir soumis votre demande de pension au bureau du Fonds, vous recevrez une lettre accusant réception de celle-ci. *Vous serez informé si d'autres informations sont nécessaires.*
- (3) Vous serez informé par écrit de la décision prise (approbation/refus).

INSTRUCTIONS AU DEMANDEUR DE LA RETRAITE CONCERNANT LA PREUVE D'ÂGE

L'un des types de preuve d'âge énumérés ci-dessous doit être fourni. Les preuves doivent être présentées dans l'ordre de la liste ci-dessous. Par exemple, si vous avez ou pouvez facilement obtenir un certificat de naissance, il faut le présenter plutôt qu'un certificat de baptême ou une notification d'enregistrement de la naissance dans un registre public de l'état civil. (Vous devez joindre une photocopie de la preuve d'âge à votre demande.)

Une preuve supplémentaire de l'âge peut être demandée si le document que vous présentez n'est pas une preuve convaincante.

Note : Si votre nom a été légalement modifié (par exemple par un mariage), soumettez des documents supplémentaires montrant les changements de nom.

1. Certificat de naissance
2. Certificat de baptême
3. Notification de l'acte de la naissance dans un registre public de l'état civil
4. Certification de la déclaration de l'âge par le Bureau du recensement des États-Unis
5. Registre des naissances de l'hôpital, certifié par le dépositaire de ce registre
6. Document d'un gouvernement étranger
7. Acte de naturalisation (photocopie autorisée)
9. Documents d'immigration (photocopie autorisée)
10. Dossier militaire
11. Passeport (photocopie autorisée)
12. Dossier scolaire, certifié par le dépositaire de ce dossier