Retourner au HOOPP

HOOPP
Healthcare of Ontario Pension Plan

Demande de prestations advenant une espérance de vie raccourcie

Veuillez utiliser le présent formulaire pour présenter une demande de retrait en une somme forfaitaire de la valeur de votre rente du Healthcare of Ontario Pension Plan (HOOPP ou le Régime) si vous avez une maladie ou une incapacité physique qui va vraisemblablement raccourcir votre espérance de vie à moins de deux ans.

Veuillez écrire lisiblement et le passer en revue avant de nous le retourner pour vous assurer que les renseignements fournis sont complets et exacts. La présente demande ne sera pas valide si les dates fournies par chaque partie remontent à plus de 60 jours avant la date de réception de la demande par le HOOPP.

Important! Vous et votre conjoint admissible devriez songer à obtenir l'avis d'un conseiller juridique indépendant pour connaître vos droits individuels et les répercussions de ce retrait.

Pour savoir quand utiliser ce formulaire, veuillez vous reporter à la *Foire aux questions (FAQ).*

Section 1 : Renseignements sur le participant

Prénom

Nom de famille

NAS

Date de naissance (mm / jj / aaaa)

Adresse

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone

Section 2 : Déclaration du participant Doit être signée par le participant et un témoin

Je suis le participant visé à la ***section 1*** du présent formulaire. En remplissant cette demande, je confirme ma décision de retirer en une somme forfaitaire la valeur de ma prestation du HOOPP.

Veuillez sélectionner **une** option :

- ☐ Je n'ai pas de conjoint admissible, tel que défini par le HOOPP.
- ☐ La personne nommée ci-dessous est mon conjoint admissible et consent au retrait en une somme forfaitaire de la valeur de ma prestation du HOOPP le jour où je signe la présente déclaration.
- ☐ La personne nommée ci-dessous était mon conjoint admissible, mais a renoncé à la rente de conjoint au moment où j'ai pris ma retraite. Elle consent au retrait en une somme forfaitaire de la valeur de ma prestation du HOOPP le jour où je signe la présente déclaration.

Prénom du conjoint admissible

Nom de famille

J'atteste que tous les renseignements contenus dans le présent formulaire sont véridiques, complets et exacts.

En choisissant de retirer en une somme forfaitaire la valeur de ma prestation du HOOPP, je comprends que je n'aurai plus droit à d'autres prestations payables à même le Régime, y compris toute prestation que je reçois à l'heure actuelle. Je comprends que cette décision est irréversible, même si je me rétablis de ma maladie ou de mon invalidité. De plus, je comprends que si je décède, aucune autre prestation ne sera payable à mon conjoint admissible ni à mon ou mes bénéficiaires. J'ai pu consulter mon conseiller juridique et/ou financier concernant le retrait en une somme forfaitaire de la valeur de ma prestation du HOOPP.

Signature du participant

Date (mm / jj / aaaa)

Signature du témoin

Date (mm / jj / aaaa)

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Numéro de téléphone

Section 3 : Consentement du conjoint admissible Doit être signé par le conjoint et un témoin

Remarque : Veuillez ne pas remplir la ***section 3*** si vous avez déjà transmis au HOOPP la renonciation du conjoint.

Je suis le conjoint admissible du participant au HOOPP visé à la ***section 1*** du présent formulaire.

Je comprends que :

- Mon conjoint présente une demande de retrait en une somme forfaitaire de la valeur de sa prestation du HOOPP.
- Mon conjoint ne peut pas retirer en une somme forfaitaire la valeur de sa prestation du HOOPP sans mon consentement.
- Je ne suis pas obligé(e) de donner mon consentement.
- Si les fonds demeurent dans le HOOPP, j'aurai peut-être droit à une rente de conjoint survivant au décès de mon conjoint.
- Si les fonds sont retirés du HOOPP, je n'aurai pas droit à une rente de conjoint survivant du HOOPP au décès de mon conjoint.

J'ai pu consulter mon conseiller juridique et/ou financier concernant mon consentement à la demande de de retrait en une somme forfaitaire de la valeur de la prestation du HOOPP présentée par mon conjoint.

Je consens à la demande de mon conjoint de recevoir le versement de prestations advenant une espérance de vie raccourcie.

Signature du conjoint admissible

Date (mm / jj / aaaa)

Signature du témoin

Date (mm / jj / aaaa)

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Numéro de téléphone

Section 4 : Renseignements médicaux À faire remplir par le médecin du participant

Je suis un médecin autorisé à pratiquer la médecine au Canada. À mon avis, le participant visé à la ***section 1*** du présent formulaire souffre d'une maladie ou d'une incapacité physique qui va vraisemblablement réduire son espérance de vie à moins de deux ans.

Signature du médecin

Date (mm / jj / aaaa)

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)

Numéro de téléphone

Numéro d'enregistrement du médecin

Foire aux questions

Qu'entend-on par conjoint admissible?

Le conjoint admissible est la personne qui, à la date de votre départ à la retraite ou de votre décès, selon la première éventualité :

(1) vit avec vous dans les liens du mariage, ou
(2) vit avec vous dans une union conjugale que ce soit
    i. de façon continue depuis au moins un an, ou
    ii. est la mère ou le père (naturel ou adoptif) de votre enfant et vit avec vous dans une relation d'une certaine permanence.

Qu'entend-on par renonciation du conjoint?

Le conjoint admissible du participant remplit une renonciation du conjoint pour renoncer à son droit à une rente de conjoint survivant offerte au décès du participant.

Que se passe-t-il si ma demande est approuvée?

Si votre demande est approuvée et que vous retirez en une somme forfaitaire la valeur de votre prestation, vous cesserez votre participation au Régime. Si vous êtes participant actif, vous cesserez de cotiser au Régime et, s'il y a lieu, toute prestation d'invalidité que vous recevez du HOOPP prendra fin.

Si vous êtes participant retraité, vous cesserez de recevoir une rente mensuelle du HOOPP.

Si ma demande est approuvée, quand vais-je recevoir mon paiement?

Si votre demande est approuvée, le HOOPP va vous envoyer par courrier un chèque dans les 30 jours qui suivent la réception de votre demande, à moins que vous nous demandiez de procéder autrement.

Que se passe-t-il si je me rétablis de ma maladie ou de mon invalidité après que j'ai retiré en une somme forfaitaire la valeur de ma prestation du HOOPP?

Aucune autre prestation ne vous sera payable, ni à votre conjoint ni à votre ou vos bénéficiaires du HOOPP, à l'heure actuelle ou dans l'avenir, même si votre espérance de vie ne dépasse pas le pronostic du médecin autorisé qui a signé la ***section 4*** de la présente demande.

Quelles sont les incidences fiscales si je retire en une somme forfaitaire la valeur de ma prestation?

Le retrait en une somme forfaitaire de la valeur de votre prestation du HOOPP aura des incidences fiscales. Si vous recevez la prestation en espèces, le HOOPP doit effectuer une retenue fiscale sur le montant retiré et le montant brut sera imposable dans l'année au cours de laquelle il vous aura été versé. Vous pouvez aussi choisir de transférer la valeur de votre prestation en une somme forfaitaire à votre régime enregistré d'épargne-retraite (REER) à l'abri de l'impôt. Pour tout complément d'information sur les incidences fiscales, veuillez communiquer avec l'Agence du revenu du Canada.

Healthcare of Ontario Pension Plan

1 York Street, Suite 1900
Toronto, Ontario M5J 0B6
hoopp.com

Tél. : 416-646-6445
Sans frais : 1-877-43HOOPP (46677)
Téléc. : 416-369-0225