Retourner au HOOPP

HOOPP
Healthcare of Ontario Pension Plan

Déclaration d'union conjugale à l'intention des conjoints survivants

Utilisez ce formulaire si vous êtes le conjoint admissible d'un participant au Healthcare of Ontario Pension Plan (HOOPP) qui est décédé et que vous présentez une demande de prestations de conjoint survivant du HOOPP.

Le HOOPP définit le conjoint admissible comme la personne qui, à la date du départ à la retraite ou du décès du participant, 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.

Veuillez écrire lisiblement et le passer en revue avant de nous le retourner pour vous assurer que les renseignements fournis sont complets et exacts.

Section 1 : Renseignements sur le participant

Veuillez fournir les renseignements suivants sur le participant ou le retraité du HOOPP :

Prénom

Nom de famille

NAS

Section 2 : Renseignements personnels

Veuillez fournir les renseignements suivants sur vous en tant que conjoint admissible :

Prénom

Nom de famille

Adresse

Ville

Province

Code postal

Section 3 : Déclaration d'union conjugale

(doit être signée par vous en présence d'un commissaire à l'assermentation)

Je, _____, déclare solennellement avoir été le conjoint admissible, tel que défini par le HOOPP au haut du formulaire, de _____ (le défunt), qui était participant au HOOPP ou participant retraité au HOOPP.

En apposant ma signature ci-dessous, je déclare, par la présente, que les renseignements figurant dans la présente déclaration sont véridiques et complets. Je comprends que fournir de faux renseignements constitue une infraction et que je devrai rembourser au HOOPP toutes les prestations qui m'auront été versées en cas de fausse déclaration. J'autorise le HOOPP à recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels dans le but d'administrer mes prestations de conjoint survivant du HOOPP.

Signature

Date (mm / jj / aaaa)

Section 4 : Attestation du commissaire à l'assermentation

Déclaré devant moi à _____ (ville ou municipalité) dans la province ou le territoire _____ (province ou territoire).

Fait ce _____ (jour) de _____ (mois année).

Signature du commissaire à l'assermentation

Apposer ici le sceau du notaire ou du commissaire.

Nom du commissaire à l'assermentation (écrire en caractères d'imprimerie)

Un commissaire à l'assermentation peut être l'une des personnes suivantes :

- Un notaire
- Un avocat autorisé à pratiquer le droit en Ontario
- Un juge ou juge de paix
- Certains fonctionnaires municipaux (comme un gestionnaire municipal)
- Une personne désignée comme commissaire par le Procureur général de l'Ontario

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