



# U.A. LOCAL 71 HEALTH & WELFARE AND PENSION TRUST FUNDS

To: U.A. Local 71 Members applying for early retirement benefits

Re: Member Election Form - Early Retirement Provisions

## Part 1 Member information

NAME	
S.I.N.	PENSION START DATE (Y/M/D)

## Part 2

I, \_\_\_\_\_ Social Insurance Number \_\_\_\_\_ understand that the normal retirement age is 60. By taking my retirement prior to age 60, my accrued benefit will be reduced by 6% per year of early retirement (i.e., if retirement is taken 10 years early, my monthly pension is reduced by 30%).

## Part 3

### Pension contributions following my return to work for a participating employer

By signing and dating section 4 of this form, I acknowledge and understand that pension contributions remitted on my behalf for hours worked for a participating employer on or after my effective date of retirement under the U.A. Local 71 Pension Plan will be deposited into my Defined Contribution (DC) plan account. These post-retirement contributions will be separate and not affect the Defined Benefit (DB) portion of the Plan.

## Part 4

### Continuation of Benefits under the U.A. Local 71 Health & Welfare Plan following retirement:

My coverage under the U.A. Local 71 Health & Welfare Plan is currently in force. I understand that I may continue to participate in the Plan following my retirement provided I have participated in the Health and Welfare Plan for the two years immediately preceding my effective date of retirement. As a retired member, all coverage will be provided to age 65 with the exception of the weekly indemnity and long term disability benefits which I will no longer fund, or be eligible for, as of my effective date of retirement. At age 65, I will have the option to maintain extended health care and dental care benefits, or just extended health care benefits on a self-pay basis. Should I continue to work beyond age 65, all coverage except extended health care and dental care benefits will be terminated one month following the month in which 40 hours or less have been reported on my behalf.

- To maintain benefits as stated above, I understand that I am required to pay the applicable monthly premium. The premium, for retired members under the age of 65, is currently \$275.43 plus applicable taxes. (Ontario residents add eight per cent RST and Quebec residents add nine per cent QST.) I may choose to have the monthly premium deducted from my monthly pension by completing the authorization form on the back of this form. A monthly benefit statement will be mailed to my home address.
- My coverage under the U.A. Local 71 Health & Welfare Plan is no longer in force or I do not have the required years of participation in the Plan. I understand that benefits may be reinstated following the accumulation of 280 hours with a participating employer.

## Authorization & Declaration

I **authorize** Coughlin the use of my Social Insurance Number for the purposes of government reporting, identification and administration of my group benefits and retirement plan; Coughlin to exchange my personal information with the following persons, organizations or parties: Health care providers; financial institutions; government agencies; insurance companies; employers or former employers; my local union or plan trustees and auditors; and Coughlin to use the personal information on file to provide me with additional information regarding any benefits to which I am entitled. When providing personal information for my spouse and/or dependants, I **confirm** that I am authorized to act on their behalf. I agree that a photocopy or electronic copy of this Authorization & Declaration section is as valid as the original. I **certify** that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
year / month / day

**Note:** Post-dated cheques payable to the U.A. Local 71 Benefit Trust Fund are required.

**Protecting your personal information** The administrator of your group benefits and pension plan is Coughlin & Associates Ltd. At Coughlin, we recognize and respect every individual's right to privacy. When personal information is provided to us, we establish a confidential file that is kept in the offices of Coughlin, or the offices of an organization authorized by Coughlin. We use the information to administer the group benefits and pension plan. We limit access to information in your file to Coughlin staff or persons authorized by Coughlin who require it to perform their duties, to persons to whom you have granted access, and to persons authorized by law.



SEE OTHER SIDE →



# U.A. Local 71 Pension Payment Deduction Options

## Membership Dues and Retiree Health and Welfare Plan Premiums

A monthly payment is required from you to maintain your membership in the U.A. Local 71. A payment is also required for retiree coverage under the U.A. Local 71 Health and Welfare Plan. You may choose to have either or both of these monthly payments deducted automatically from your monthly pension payment.

Maintaining your membership in the U.A. Local 71 is a minimum requirement for retiree benefit coverage under the U.A. Local 71 Health and Welfare Plan, the International U.A. Burial Fund and any future pension increases.

If you do not wish either of these optional deductions, or if you are no longer a member in good standing of the U.A. Local 71, please disregard this form.

If you complete this form, please continue to make payments in the normal fashion until your new pension payment statement confirms the commencement of the applicable deduction. (The deductions will appear in the "Union Dues" and "Benefit Premiums" boxes on your new statement.)

I authorize Coughlin & Associates Ltd. on behalf of the U.A. Local 71 Health and Welfare Plan administration office to deduct from my monthly pension payment the amount required to maintain (please check all that apply):

A  My monthly membership dues payable to the U.A. Local 71.

B  The monthly premium required to maintain retiree coverage under the U.A. Local 71 Health and Welfare Plan.

The deduction(s) chosen above will commence the later of the next pension payment or the month for which membership dues/Health and Welfare Plan premiums are required (if you have already paid in advance).

This authorization remains in effect unless cancelled in writing by the undersigned.

**Member's name (please print):** \_\_\_\_\_

**Member's Social Insurance Number:** \_\_\_\_\_

**Member's date of birth:** \_\_\_\_\_

**Member's signature:** \_\_\_\_\_

**Date signed:** \_\_\_\_\_

Please return the completed form in the enclosed self-addressed envelope.

**Protecting your personal information** The administrator of your group benefits and pension plans is Coughlin & Associates Ltd. At Coughlin, we recognize and respect every individual's right to privacy. When personal information is provided to us, we establish a confidential file that is kept in the offices of Coughlin, or the offices of an organization authorized by Coughlin. We use the information to administer the group benefits plan. We limit access to information in your file to Coughlin staff or persons authorized by Coughlin who require it to perform their duties, to persons to whom you have granted access, and to persons authorized by law.



# RÉGIMES DE RETRAITE ET D'ASSURANCE COLLECTIF DE BIEN-ÊTRE DE L'A.U. SECTION LOCALE 71

Aux : Membres de l'A.U. section locale 71 demandant une pension de retraite anticipée

Object : Formulaire de choix du membre - Dispositions de retraite anticipée

## Partie 1 Membre

NOM	
N.A.S.	DATE DE LA RETRAITE (A/M/J)

## Partie 2

Je, \_\_\_\_\_ numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_  
comprends et accepte que l'âge normal de la retraite est 60 ans. En prenant ma retraite avant l'âge de 60 ans, ma prestation acquise sera réduite de 6 pour cent par année anticipée (c'est-à-dire que si j'anticipe de 10 ans ma retraite, ma rente mensuelle de pension sera réduite de 30 pour cent).

## Partie 3

### Les cotisations de retraite suite à mon retour au travail pour un employeur participant

En signant et en datant la partie 4 du présent formulaire, je reconnais et comprends que les cotisations de retraite versées en mon nom pour les heures travaillées pour un employeur participant sur ou après ma date de retraite sous le Régime de retraite de l'A.U., section locale 71, seront déposées dans mon compte dans l'élément à cotisations déterminées (CD) du Régime. Ces contributions de retraite seront séparées et n'affecteront pas la partie de prestations déterminées (PD) du Régime.

## Partie 4

### Maintien des avantages après la retraite en vertu du Régime d'assurance collective de bien-être de l'A.U. section locale 71:

La protection dont je dispose en vertu du Régime d'assurance collective de bien-être de l'A.U. section locale 71 est présentement en vigueur. Je comprends et accepte que je peux continuer à cotiser au régime suivant ma retraite pourvu que je compte deux ans de participation au Régime d'assurance collective immédiatement précédant ma date de départ à la retraite. À titre de membre retraité, je continuerai d'être admissible à tous les avantages jusqu'à l'âge de 65 ans sauf aux indemnités hebdomadaires et aux garanties en cas d'invalidité de longue durée pour lesquelles je ne verserai plus de cotisations et auxquelles je ne serai plus admissible à compter de la date de ma retraite. Dès l'âge de 65 ans, j'aurais l'option de maintenir soit mon assurance-maladie complémentaire et mon assurance soins dentaires, ou soit juste mon assurance-maladie complémentaire, en payant la prime requise. Dans l'éventualité où je continue à travailler suivant mon 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance, ma couverture, sauf l'assurance-maladie complémentaire et l'assurance soins dentaires, se terminera un mois après le mois au cours duquel 40 heures ou moins de service auront été décomptées à mon nom.

- Afin de conserver les bénéfices susmentionnés, je comprends que je dois verser mensuellement la prime requise. La prime pour un membre à la retraite, et ayant moins de 65 ans, est actuellement de 275,43 \$, plus les taxes applicables. Les résidents de l'Ontario ajoutent 8% TVD et les résidents du Québec ajoutent 9% TVQ. Je peux opter pour le prélèvement automatique de la prime sur ma pension mensuelle en complétant l'autorisation au verso de ce formulaire. Un relevé mensuel sera posté à ma résidence.
- La protection dont je disposais en vertu du Régime d'assurance collective de bien-être de l'A.U. section locale 71 n'est plus en vigueur ou je ne répond pas au critère de participation. Je comprends et accepte que je serai de nouveau admissible aux avantages après avoir accumulé 280 heures de travail pour un employeur participant.

## Autorisation et Déclaration

**J'autorise** Coughlin à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins de rapports gouvernementaux, d'identification et d'administration de mes avantages sociaux et régime de retraite; Coughlin à transmettre mes renseignements personnels aux personnes, organisations ou parties suivantes : des fournisseurs de services de santé; des institutions financières; des organismes gouvernementaux; des compagnies d'assurance; des employeurs ou d'ex-employeurs; mon syndicat local ou des fiduciaires et vérificateurs; Coughlin à se servir des renseignements personnels en dossier pour me faire part d'un complément d'information concernant des avantages sociaux auxquels j'ai droit. Si je donne des renseignements personnels au sujet de mon conjoint ou des personnes à ma charge, **je confirme** être autorisé à agir en leur nom. **J'atteste** qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section Autorisation et déclaration est aussi valide que l'original. **J'atteste** que les renseignements transmis sont véridiques, exacts et complets pour autant que je sache.

Date \_\_\_\_\_  
année / mois / jour

Signature \_\_\_\_\_

**Note:** Les chèques postdatés payables au Régime d'assurance collectif de bien-être en fiducie de l'A.U. section locale 71 sont requis.

**Le respect de vos renseignements personnels** Coughlin & associés Ltée est l'administrateur de votre régime de prévoyance collective et de retraite. Chez Coughlin, nous reconnaissons le droit au respect des renseignements personnels de chacun. Lorsqu'on nous transmet ce type de renseignements, nous créons un dossier confidentiel conservé chez Coughlin, ou aux bureaux d'une organisation autorisée par Coughlin. Nous nous servons des renseignements pour administrer le régime de prévoyance collective et de retraite. Nous limitons l'accès aux renseignements contenus dans votre dossier au personnel de Coughlin ou à des personnes autorisées par Coughlin qui en ont besoin dans l'exécution de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès, et aux personnes autorisées par la loi.



VERSO →



# Options de prélèvement sur la pension de l'AU Section locale 71

## Cotisations syndicales et primes du Fonds en fiducie du Régime d'avantages sociaux de l'AU Section locale 71

Vous êtes tenus d'effectuer un paiement mensuel pour demeurer membre de l'AU Section locale 71. Vous êtes également tenus d'effectuer un versement pour la protection des retraités en vertu du Fonds en fiducie du Régime d'avantages sociaux de l'AU Section locale 71. Vous pouvez opter pour le prélèvement automatique d'un ou des deux paiements mensuels sur le montant de la pension qui vous est versée chaque mois.

Pour bénéficier de la protection accordée aux retraités en vertu du Fonds en fiducie du Régime d'avantages sociaux de l'AU Section locale 71, du frais d'inhumation international AU et de toute augmentation future de la pension, vous êtes tenus à tout le moins, de demeurer membre de l'AU Section locale 71.

Si vous ne souhaitez aucun de ces prélèvements facultatifs ou si vous n'êtes plus membre en règle de l'Association, veuillez ne pas tenir compte du présent formulaire.

Si vous remplissez le présent formulaire, veuillez continuer à effectuer les paiements de la façon habituelle jusqu'à ce que votre nouveau relevé de pension confirme le début du prélèvement applicable. (Les prélèvements apparaîtront dans les cases «Union Dues» et «Benefit Premiums» de votre nouveau relevé.)

J'autorise Coughlin & associés Itée pour le compte du bureau d'administration du Fonds en fiducie du Régime d'avantages sociaux de l'AU Section locale 71 à prélever de la pension qui m'est versée chaque mois le montant requis pour (veuillez cocher la mention applicable) :

A  Mes cotisations syndicales mensuelles à l'AU Section locale 71.

B  La prime mensuelle obligatoire pour maintenir ma protection en tant que retraité en vertu du Fonds en fiducie du Régime d'avantages sociaux de l'AU Section locale 71.

On procédera aux prélèvements susmentionnés sur le prochain versement de la pension ou dans le mois pour lequel les primes au Régime d'assurance collective de bien-être ou encore les cotisations syndicales doivent être versées (si vous les avez payées à l'avance), selon la dernière de ces éventualités.

Cette autorisation demeure en vigueur à moins qu'elle ne soit annulée par écrit par le soussigné.

**Nom du membre (en lettres moulées) :** \_\_\_\_\_

**Numéro d'assurance sociale du membre :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance du membre :** \_\_\_\_\_

**Signature du membre :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

Veuillez nous retourner ce formulaire dûment signé dans l'enveloppe de retour pré-adressée.

**Le respect de vos renseignements personnels** Coughlin & associés Itée est l'administrateur de votre régime de retraite et de votre régime de prévoyance collective. Chez Coughlin, nous reconnaissons le droit au respect des renseignements personnels de chacun. Lorsqu'on nous transmet ce type de renseignements, nous créons un dossier confidentiel conservé chez Coughlin, ou aux bureaux d'une organisation autorisée par Coughlin. Nous nous servons des renseignements pour administrer le régime de prévoyance collective. Nous limitons l'accès aux renseignements contenus dans votre dossier au personnel de Coughlin ou à des personnes autorisées par Coughlin qui en ont besoin dans l'exécution de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès, et aux personnes autorisées par la loi.