

# PRESTATION DE DÉCÈS (NOM DU BÉNÉFICIAIRE OU SUCCESSION)



Spécifiez le régime de retraite : \_\_\_\_\_

## Section 1 - Renseignements au sujet du cotisant décédé

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

NAS (facultatif) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ No. de référence de Vestcor : \_\_\_\_\_ OU No. d'employé : \_\_\_\_\_

Dernière adresse postale : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Date de décès : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
JJ MM AAAA JJ MM AAAA

## Section 2 - Renseignements au sujet du demandeur

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

NAS : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
JJ MM AAAA JJ MM AAAA

Correspondance demandée en :  Anglais  Français

Téléphone : (travail) \_\_\_\_\_ (domicile) \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile : (si elle diffère de l'adresse postale) \_\_\_\_\_

## Déclaration du demandeur

**CONSENTEMENT À LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE** : Vestcor utilisera les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire pour les fins suivantes : identifier le participant décédé et le requérant; déterminer les préférences linguistiques; traiter la demande du survivant; contacter le demandeur si nécessaire; et en définitive, s'assurer que le régime de pension est administré conformément à ses documents constitutifs et aux lois qui s'appliquent. Les renseignements seront communiqués à l'Agence du revenu du Canada si la loi l'exige. Si vous avez des questions sur la collecte et l'utilisation de ces renseignements, n'hésitez pas à communiquer avec l'équipe des Services aux membres de Vestcor par la poste (C.P. 6000, Fredericton, Nouveau-Brunswick E3B 5H1), par téléphone (506-453-2296 ou 1-800-561-4012) ou par courriel ([info@vestcor.org](mailto:info@vestcor.org)). De plus, veuillez prendre note que l'énoncé de Vestcor sur la protection des renseignements personnels se trouve ici : [www.vestcor.org/reenseignements-personnels](http://www.vestcor.org/reenseignements-personnels).

**AUTORISATION** : Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes.

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, demande par les présentes une prestation de bénéficiaire en vertu de la disposition du régime de retraite susmentionné. Je déclare que, au meilleur de ma connaissance, les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
JJ MM AAAA

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à :  
Vestcor  
C.P. 6000, Fredericton, NB E3B 5H1  
Télécopieur : 506-457-7388

Pour plus d'informations, veuillez contacter Vestcor à :  
Téléphone : 506-453-2296 ou 1-800-561-4012 (sans-frais)  
Courriel : [info@vestcor.org](mailto:info@vestcor.org)  
Site Web : [vestcor.org](http://vestcor.org)

**IMPORTANT** : Les informations transmises par courriel ne sont pas considérées comme protégées si elles ne sont pas cryptées. Si vous souhaitez envoyer ce formulaire par courrier électronique et que vous ne disposez pas d'une méthode de cryptage, veuillez contacter notre bureau afin d'envoyer ce formulaire électroniquement dans un format sécurisé.