

## Prestations de survivant (bénéficiaire désigné ou succession)



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

### Section 1 - Renseignements au sujet du (de la) cotisant(e) décédé(e)

\_\_\_\_\_  
Nom

\_\_\_\_\_  
Numéro d'assurance sociale

\_\_\_\_\_  
Date de naissance (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_  
Date du décès (aaaa/mm/jj)

### Section 2 - Renseignements au sujet du demandeur

\_\_\_\_\_  
Nom

\_\_\_\_\_  
Numéro d'assurance sociale

\_\_\_\_\_  
Date de naissance (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_  
Langue préférée : français \_\_\_\_\_ anglais \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Téléphone (travail)

\_\_\_\_\_  
Téléphone (domicile)

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Déclaration du demandeur

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 de la demande (aaaa/mm/jj)

**Veillez retourner le formulaire dûment rempli le plus tôt possible à :**

**Vestcor**  
C.P. 6000  
Fredericton, NB E3B 5H1

Courriel : [info@vestcor.org](mailto:info@vestcor.org)  
Télécopieur : 506-457-7388

Téléphone : 506-453-2296  
Sans frais : 1-800-561-4012  
Site Web : [www.vestcor.org/pensions](http://www.vestcor.org/pensions)