

Prestations de survivant (conjoint ou conjoint de fait)



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) _____

Le (la) cotisant(e) décédé(e) était-il (elle) marié(e) au moment du décès? oui non

Si le (la) cotisant(e) décédé(e) était marié(e) au moment du décès, Adresse _____
à qui l'était-il (elle)? Nom _____

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) _____

Section 3 - Remplissez la section 3.1 ou 3.2 selon votre situation

Section 3.1 - conjoint

Étiez-vous marié au (à la) défunt(e) cotisant(e)? oui

Étiez-vous toujours marié au moment du décès de votre conjoint(e)? oui non

Date du mariage (AAAA/MM/JJ) _____

joindre une copie du certificat de mariage

Section 3.2 - conjoint de fait

Si vous n'étiez pas marié, à quelle date avez-vous commencé à habiter avec le (la) cotisant(e)? (AAAA/MM/JJ) _____

Viviez-vous toujours ensemble au moment du décès de votre conjoint(e) de fait? oui non

Si oui, et si vous êtes le (la) conjoint(e) de fait du (de la) défunt(e) cotisant(e), veuillez obtenir et remplir le formulaire intitulé « **Déclaration officielle d'union de fait** ».

Section 4 - Ordonnance d'un tribunal et contrat familial

Est-ce qu'une ordonnance d'un tribunal ou un contrat familial (y compris une entente de séparation ou un contrat de mariage) établit votre droit aux prestations de retraite? oui non

Si oui, veuillez joindre une copie de cette ordonnance d'un tribunal ou de ce contrat familial sauf si elle a été préalablement fournie.

Section 5 - Régimes de soins médicaux, de voyage et de soins dentaires

Si le (la) défunt(e) cotisant(e) était à la retraite et bénéficiait d'une protection familiale en vertu du régime de soins médicaux, de voyage ou de soins dentaires pour les retraités du gouvernement du Nouveau-Brunswick à la date du décès, vous avez le droit de continuer cette protection avec Médavie Croix Bleue au moyen de paiements par prélèvement automatique.

Veuillez signer et dater le formulaire de demande de transfert des retraités ci-joint et le faire parvenir à la Croix Bleue avec un chèque annulé comme indiqué sur le formulaire.

Si le (la) cotisant(e) décédé(e) était à la retraite et inscrit(e) au régime d'assurance de la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick (FENB), veuillez communiquer avec la FENB directement au (506) 458-1981 ou au 1-888-851-5500.

Déclaration du demandeur

Je, soussigné, _____, demande par les présentes une prestation de survivant(e) 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) _____

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à :

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

Courriel : info@vestcor.org
Télécopieur : 506-457-7388

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