

**EMPLOYÉS À TEMPS PARTIEL ET
SAISONNIERS DU
GOUVERNEMENT DU
NOUVEAU-BRUNSWICK**

**RÉGIME DE RETRAITE COLLECTIF
GUIDE D'ADMINISTRATION**

Police n° RS100894

TABLE DES MATIÈRES

• INTRODUCTION	1
• INSCRIPTION D'UN NOUVEAU PARTICIPANT	2
• COTISATIONS	4
• CESSATION D'EMPLOI ET DÉPART À LA RETRAITE	5
• CONGÉS	6
• DIVERS	7

ANNEXES

Directives pour remplir le formulaire d'inscription au régime de retraite collectif

Document d'accompagnement - versement de cotisations

Formulaire de mutation ou changement de statut d'emploi

Formulaire de cessation d'emploi ou de départ à la retraite

Formulaire de modifications de renseignements divers

Formulaire d'avis de décès

INTRODUCTION

Bienvenue à la Standard Life. À titre d'experts en régimes de retraite collectifs, notre objectif consiste à veiller à l'administration du régime afin de vous permettre de vous concentrer sur ce qui est important pour vous.

À la Standard Life, nous travaillons en équipe et nous nous engageons à vous offrir un service rapide, courtois et fiable. Nous sommes déterminés à répondre avec diligence et fiabilité à tous vos besoins relativement à votre régime de retraite collectif, et vous trouverez ci-dessous les coordonnées de votre représentant de service :

Marthe Chiasson
Représentante de service
(Montréal)

Téléphone : 1-800-242-1704, poste 5673
Télécopieur : (514) 499-4480
Courriel :
retirement.solutions@standardlife.ca

Compagnie d'assurance Standard Life du Canada
a/s de Madame Marthe Chiasson
Régimes d'épargne et de retraite collectifs -
gestion des services aux clients
C.P. 11464, Succ. Centre-ville
Montréal, (Québec) H3C 5M3

Le présent guide d'administration du régime de retraite collectif a été conçu pour vous simplifier la tâche en qualité d'administrateur de la paie et des avantages sociaux *des employés à temps partiel et saisonniers du gouvernement du Nouveau-Brunswick*. Le guide contient tous les renseignements dont vous aurez besoin pour traiter l'inscription des nouveaux participants, les cessations d'emploi, les cotisations et les modifications.

INSCRIPTION D'UN NOUVEAU PARTICIPANT

◆ *Quand un participant est-il admissible?*

Les employés peuvent s'inscrire au régime immédiatement. Pour de plus amples renseignements, consultez le **livret des employés** ou visitez le site d'inscription à :

<http://www.standardlife.ca/enrolment/nb/fr/investment.html>

Nous vous encourageons à diriger les employés à ce lien, ce qui leur permettra d'accéder la version courante de leur livret d'employés et les aidera à mieux comprendre les bénéfices de leur programme.

◆ *Comment inscrit-on un nouveau participant?*

Nous vous avons fourni des livrets et des formulaires d'inscription. Vous pouvez commander des exemplaires additionnels du livret et du formulaire d'inscription en tout temps. Vous n'avez qu'à en faire la demande auprès du bureau des Pensions et des avantages sociaux des employés du Bureau des ressources humaines, en composant le numéro sans frais 1-800-561-4012.

Si les participants ont des questions au sujet du régime, des options de placements et des formulaires, ils peuvent s'adresser directement aux représentants financiers salariés hautement qualifiés du *Centre de services financiers* de la Standard Life, au **1-800-242-1704**.

De plus, nous soutenons un milieu sans papiers et nous vous encourageons à diriger les employés au lien suivant :

<http://www.standardlife.ca/enrolment/nb/fr/investment.html>

INSCRIPTION D'UN NOUVEAU PARTICIPANT

◆ *Où doit-on envoyer les formulaires d'inscription complétés?*

Lorsque vous recevez un formulaire d'inscription rempli, assurez-vous que tous les renseignements *de base** fournis sont exacts, que le **nom** et le **numéro de la division** ainsi que l'**unité de négociation** sont inscrits, et que le formulaire est signé.

Faites ensuite parvenir le formulaire dûment rempli à :

**Compagnie d'assurance Standard Life du Canada
a/s de Madame Marthe Chiasson
Régimes d'épargne et de retraite collectifs -
gestion des services aux clients
C.P. 11464, Succ. Centre-ville
Montréal, (Québec) H3C 5M3**

Si le participant transfère des capitaux provenant d'un autre régime de retraite ou REER collectif, n'oubliez pas de joindre l'un des formulaires T2033/T2151.

Vous trouverez un exemplaire du formulaire d'inscription, incluant des directives pour le compléter, à l'annexe « *Directives pour remplir le formulaire d'inscription au régime de retraite collectif.* »

**Vous trouverez en annexe la définition de « renseignements de base ».*

COTISATIONS

Vous pouvez transmettre les renseignements sur les cotisations de vos participants de l'une des façons suivantes :

- chiffrier Excel ou Lotus
- fichier électronique envoyé par courrier électronique à retirement.solutions@standardlife.ca

Vous pouvez faire parvenir des capitaux à la Standard Life par :

- transfert électronique de fonds
 - chèque (accompagnant le fichier électronique) payable à **Standard Life Canada**
- ◆ Tout versement de cotisations doit être accompagné d'un DOCUMENT D'ACCOMPAGNEMENT (portant le numéro de votre division). Vous trouverez un **exemplaire** de ce document à l'annexe « *Document d'accompagnement - versement de cotisations* ».

Veillez faire parvenir une copie du document d'accompagnement au :
Bureau des Pensions et des avantages sociaux des employés,
Bureau des ressources humaines

par courrier à l'adresse suivante : C.P. 6000
Fredericton (N.-B.) E3B 5H1

ou par télécopieur au : (506) 453-3214

Dans la mesure du possible, effectuez tous les rajustements nécessaires aux cotisations salariales du mois courant. Par exemple, réduisez la cotisation courante à la source et rajustez votre fichier de cotisations électronique en conséquence.

RAPPEL :

Les renseignements sur les cotisations et les capitaux doivent parvenir à la Standard Life avant 16 h (HE) pour que les capitaux puissent être affectés le jour même. Si les renseignements parviennent à la Standard Life après 16 h (HE), les capitaux seront affectés le jour ouvrable suivant.
--

CESSATIONS D'EMPLOI ET DÉPART À LA RETRAITE

À noter : Un changement de statut d'emploi de temps partiel à temps plein ou de temps partiel à occasionnel ne constitue pas une «**cessation d'emploi**».

◆ *À qui dois-je signaler la cessation d'emploi OU le départ à la retraite d'un participant?*

Vous n'avez qu'à remplir le formulaire **AVIS DE CESSATION D'EMPLOI OU DE DÉPART À LA RETRAITE** (voir l'exemplaire à l'annexe « *Cessation d'emploi* ») et l'expédier par télécopieur, au **1-800-260-4921**, au Centre de services financiers, services aux participants, régimes d'épargne et de retraite collectifs.

Un membre de l'équipe des services aux participants de la Standard Life communiquera avec le participant afin de discuter des options offertes à la cessation d'emploi ou au départ à la retraite et de prendre les dispositions nécessaires pour le règlement de son compte.

◆ *Comment le participant choisit-il une option pour sa prestation de retraite?*

À la réception de l'**AVIS DE CESSATION D'EMPLOI OU DE DÉPART À LA RETRAITE**, un relevé des options qui s'offrent au participant sera préparé et envoyé à son domicile.

Une fois que le participant aura fait son choix, il devra retourner le relevé signé, en prenant soin d'y joindre un formulaire T2151, une entente d'immobilisation, etc. (s'il y a lieu), à :

**Compagnie d'assurance Standard Life du Canada
a/s de Madame Marthe Chiasson
Régimes d'épargne et de retraite collectifs -
gestion des services aux clients
C.P. 11464, Succ. Centre-ville
Montréal, (Québec) H3C 5M3**

CONGÉS

◆ *Comment un participant cotise-t-il pendant un congé?*

Un participant peut continuer à cotiser pendant certains congés (congé de maternité ou congé parental ou congé d'invalidité – pour plus de renseignements, voir le texte du régime).

Le participant en congé doit cotiser selon la même intervalle que si il était au travail (soit de façon bimensuelle/mensuelle).

Les cotisations doivent être versées à l'employeur, puis remises avec les versements périodiques de l'employeur, pour assurer l'exactitude de la cotisation et du relevé de l'employeur.

Au début du congé, veuillez remplir le formulaire **MUTATION OU CHANGEMENT DE STATUT D'EMPLOI** (voir l'exemplaire à l'annexe « *Mutation ou changement de statut d'emploi* »).

Faites ensuite parvenir le formulaire dûment rempli à :

**Compagnie d'assurance Standard Life du Canada
a/s de Madame Marthe Chiasson
Régimes d'épargne et de retraite collectifs -
gestion des services aux clients
C.P. 11464, Succ. Centre-ville
Montréal, (Québec) H3C 5M3**

DIVERS

- ◆ *Comment le participant communique-t-il à la Standard Life une modification de ses renseignements non financiers? (Exemple : changement de nom, de bénéficiaire, d'état matrimonial.)*

Pour un changement de bénéficiaire, le participant doit remplir un formulaire **MODIFICATIONS DE RENSEIGNEMENTS DIVERS** (voir l'exemplaire à l'annexe « *Modifications de renseignements divers* ») et expédier la copie originale à :

**Compagnie d'assurance Standard Life du Canada
a/s de Madame Marthe Chiasson
Régimes d'épargne et de retraite collectifs -
gestion des services aux clients
C.P. 11464, Succ. Centre-ville
Montréal, (Québec) H3C 5M3**

Pour un changement d'adresse, le participant doit communiquer avec le *Centre de services financiers* de la Standard Life, *au 1-800-242-1704, ou utiliser son numéro d'identification personnel (NIP) pour accéder au site Salon VIP des participants (www.standardlife.ca) et y apporter les changements.*

- ◆ *À qui doit-on signaler la mutation d'un employé à un autre employeur?*

Veillez remplir le formulaire **MUTATION OU CHANGEMENT DE STATUT D'EMPLOI** (voir l'exemplaire à l'annexe « *Mutation ou changement de statut d'emploi* ») avant le premier versement en vertu de la prochaine fiche de paie.

- ◆ *Comment dois-je signaler à la Standard Life le décès d'un participant?*

Il suffit de faire parvenir un **AVIS DE DÉCÈS** (voir l'exemplaire à l'annexe « *Avis de décès* ») à l'attention de votre représentant de service par télécopieur, par la poste, ou par courrier électronique à retirement.solutions@standardlife.ca et d'y indiquer les renseignements suivants :

- nom et dernière adresse du participant décédé
- numéro d'assurance sociale
- date du décès

ANNEXE

Directives pour remplir le formulaire d'inscription au régime de retraite collectif, disponible à l'adresse suivante:

<http://www.standardlife.ca/enrolment/nb/fr/investment.html>

<p>1. Dans la section Autorisation du responsable de régime, l'<u>administrateur du régime</u> doit indiquer :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • le nom et le numéro (division) de l'employeur • la date d'entrée en service initiale - ATTENTION - comprend le service à titre d'employé occasionnel s'il s'agissait de service sans interruption (date d'entrée en service) • la date d'inscription au régime • le code de l'unité de négociation (4 chiffres) • la signature • la date
<p>2. Le <u>participant</u> doit indiquer :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • tous les renseignements de base tels que nom, sexe, NAS, date de naissance et adresse (étape 1 du formulaire d'inscription) • le nom et la date de naissance de son conjoint, le cas échéant. (suite de l'étape 1) • le nom du bénéficiaire et son lien (étape 2) • remplir la demande de retenues sur le salaire (étape 3) • apposer sa signature et la date (étape 4)
<p>3. Le <u>participant</u> doit :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • choisir une <u>combinaison de placements</u>** (étape 5) • prendre connaissance de l'autorisation, signer et dater les directives de placements (étape 6)

** Les participants qui ont besoin d'aide pour choisir une combinaison de placements sont invités à communiquer avec le Centre de services financiers de la Standard Life, au **1-800-242-1704**.

De plus amples renseignements au sujet des placements sont disponibles sur le site suivant : www.standardlife.ca/enrolment/nb/fr/investment.html



Document d'accompagnement Versement de cotisations

Régime de retraite RS100894 des employé(e)s à temps partiel et saisonnier(ère)s du gouvernement du Nouveau-Brunswick

Division n° _____

Cotisations pour le mois de, ou pour la période de paie du _____

Cotisations de l'employé _____ S

Cotisations de l'employeur _____ S

Cotisations facultatives _____ S

Montant du versement _____ S

Nom du représentant de l'employeur: _____
(veuillez imprimer)

Numéro de téléphone : _____

- ♦ Veuillez faire parvenir une copie du présent document au bureau des Pensions et des avantages sociaux des employés, Bureau des ressources humaines, par courrier à l'adresse suivante : C.P. 6000, Fredericton (N.-B.) E3B 5H1 ou par télécopieur au (506) 453-3214.

Mutation ou changement de statut d'emploi

Régime de retraite RS100894 des employés saisonniers et des employés à temps partiel du gouvernement du Nouveau-Brunswick

Participant _____
Nom *Prénom*

Adresse _____

Numéro d'assurance sociale _ _ _ - _ _ _ - _ _ _

Date du changement _____ _____ _____
mois *jour* *année*

Nom du représentant de l'employeur qui signale le changement

Signature du représentant de l'employeur qui signale le changement

Numéro de téléphone du représentant de l'employeur :
 506 - _____ - _____, poste _____

1) Remplir cette section lorsque **le participant du régime** est **MUTÉ** entre ministères, organismes, régies de la santé ou districts scolaires du gouvernement du Nouveau-Brunswick :

Nom du ministère, organisme, régie de la santé ou district scolaire duquel le participant est muté :

Nom du ministère, organisme, régie de la santé ou district scolaire auquel le participant est muté :

OU

2) Remplir cette section lorsqu'il y a un **CHANGEMENT DE STATUS D'EMPLOI** du participant du régime:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> occasionnel à temps partiel | <input type="checkbox"/> temps partiel à temps plein |
| <input type="checkbox"/> temps partiel à occasionnel | <input type="checkbox"/> congé avec cotisations* |
| | <input type="checkbox"/> congé sans cotisations |

* Congé - Le participant peut continuer de cotiser au régime de retraite (cotisations bi-mensuelles ou mensuelles) pendant un congé de maternité ou un congé parental aux mêmes intervalles que si le participant était actif (maximum de 12 mois) ou pendant un congé d'invalidité (maximum de 28 mois).

CESSATION D'EMPLOI

Remplir le présent formulaire seulement lorsqu'un participant quitte son emploi auprès de la Province du Nouveau-Brunswick. Ne pas le remplir si un salarié à temps partiel devient un salarié à temps plein.

DEMANDE DE RELEVÉ DES OPTIONS DE RÈGLEMENT
RESPONSABLE DU RÉGIME : REMPLIR PARTIE 1
PARTICIPANT : REMPLIR PARTIE 2

RÈGLEMENT (RENONCIATION À UN RELEVÉ
DES OPTIONS DE RÈGLEMENT)
RESPONSABLE DU RÉGIME : REMPLIR PARTIE 1
PARTICIPANT : REMPLIR PARTIE 3 AU VERSO

PARTIE 1 - DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE RESPONSABLE DU RÉGIME

Salariés à temps partiel et saisonniers de la
Province du Nouveau-Brunswick

Régime _____ Contrat n° **RS 100894**

NAS _____ Code _____ Div. _____ Cert. n° _____

Participant _____
(nom) (prénoms)

Adresse _____ Ville _____

Province _____ Code postal _____ Tél. (____) _____

Dernier jour de travail _____

COTISATIONS

S'il s'agit d'une demande de relevé des options de règlement, les montants qui figurent audit relevé seront basés sur les valeurs placées à la date du relevé et ils seront assujettis aux fluctuations du marché. Le dossier du participant demeurera ouvert jusqu'à la réception par la Standard Life de l'avis de l'option choisie par ledit participant.

S'il s'agit d'une demande de règlement, prière de cocher l'une des cases suivantes :

- Toutes les cotisations qui doivent être incluses dans le règlement figurent aux relevés de la Standard Life. Nous (le responsable du régime) rembourserons au rentier toutes cotisations ne figurant pas aux relevés. Veuillez traiter immédiatement cette transaction.
- Les cotisations qui ne figurent pas aux relevés seront envoyées à la Standard Life le _____. Le traitement sera retardé jusqu'à cette date. Nous (le responsable du régime) rembourserons toutes cotisations qui ne figureront pas aux relevés et qui auront été effectuées après la date du traitement.

PARTIE 2 - DEMANDE DE RELEVÉ DES OPTIONS DE RÈGLEMENT (DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PARTICIPANT)

Motif du départ _____

- Je demande à la Standard Life de me fournir tous les renseignements pertinents avant que je prenne ma décision en ce qui a trait aux options de règlement qui me sont offertes à la cessation d'emploi.
- Je demande également à la Standard Life de me fournir un relevé des options de règlement au départ en retraite anticipée étant donné que je suis à moins de dix années de l'âge normal de la retraite.

J'ai un conjoint admissible comme le définit la législation sur les régimes de retraite () Oui () Non

Conjoint - nom _____ () Homme () Femme
NAS _____ Date de naissance _____

Les montants figurant au relevé des options de règlement seront basés sur les valeurs placées à la date du relevé et ils seront assujettis aux fluctuations du marché. Ledit relevé des options de règlement n'entraîne pas la modification du dossier du participant.

ATTENTION - La présente demande entraînera l'établissement d'un relevé des options de règlement pour les participants touchés par la législation résultant de la réforme des pensions.

Participant - signature _____ Date _____

Signature _____ Date _____
Responsable administratif du régime

**PARTIE 3 - RÈGLEMENT - RENONCIATION À UN RELEVÉ DES OPTIONS DE RÈGLEMENT
(DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PARTICIPANT)**

Motif du départ _____

RENONCIATION À UN RELEVÉ DES OPTIONS DE RÈGLEMENT

Je libère, par la présente, l'administrateur du régime de l'obligation de me fournir, comme prévu par la législation, tous les renseignements pertinents à mon droit à un relevé des options de règlement. En vertu de cette décision, je choisis l'option de règlement suivante (sous réserve des dispositions du régime ou de la législation provinciale pertinente).

OPTIONS DE RÈGLEMENT POUR CAPITAUX NON IMMOBILISÉS (indiquer ci-dessous l'option choisie)

- Transfert à un REER individuel de la Standard Life aux taux privilégiés. Prière de me faire parvenir une soumission aux termes de l'offre spéciale de transfert.
- Transfert à un autre régime agréé - soumettre le formulaire T2151.
- Remboursement forfaitaire.
- Transfert à un régime agréé immobilisé de la Standard Life (en vertu de cette option, vos cotisations doivent être immobilisées pour que les droits à retraite vous soient acquis). Voir ATTENTION A. ci-dessous.
- Transfert à un autre régime agréé immobilisé - soumettre le formulaire T2151 et l'avis de transfert de capitaux immobilisés (en vertu de cette option, vos cotisations doivent être immobilisées pour que les droits à retraite vous soient acquis). Voir ATTENTION A. ci-dessous.

OPTIONS DE RÈGLEMENT POUR CAPITAUX IMMOBILISÉS (indiquer ci-dessous l'option choisie)

- Transfert à un REER immobilisé ou à un compte de retraite immobilisé de la Standard Life aux taux privilégiés. Voir ATTENTION A. ci-après.
Prière de me faire parvenir une soumission aux termes de l'offre spéciale de transfert.
- Transfert à un REER, à un compte de retraite immobilisé ou à un RRA - soumettre le formulaire T2151 et l'avis de transfert de capitaux immobilisés. Voir ATTENTION A. ci-dessous.

AU LIEU DE ME PRÉVALOIR D'UNE DES OPTIONS QUI PRÉCÈDENT, JE CHOISIS L'OPTION SUIVANTE :

- Immobilisation dans le régime de mes cotisations capitalisées de façon qu'elles me garantissent des prestations futures.
- Constitution d'une rente différée auprès de la Standard Life - soumettre le formulaire GB-F568, Constitution de rente.

ATTENTION

- A. Dans certaines provinces, les capitaux immobilisés doivent être transférés à un CRI (compte de retraite immobilisé).
- B. Votre choix d'option est assujéti aux dispositions du régime et il doit être conforme à la réglementation gouvernementale.
- C. Le règlement sera retardé si aucune des options ci-dessus n'a été choisie ou si les formulaires appropriés n'ont pas été soumis.
- D. Autant que possible, le règlement sera fonction des dernières valeurs connues, majorées de l'intérêt, sauf indication contraire.

Participant - signature _____

Date _____

Signature _____

Date _____

Responsable administratif du régime

Modification de renseignements divers



1245, rue Sherbrooke Ouest
Montréal (QC) H3G 1G3
Tél. : 1-800-242-1704
Télééc. : 1-866-499-4480

Je désire modifier

- Langue de correspondance
- Nom
- État matrimonial (régimes de retraite agréés seulement)
- Numéro d'assurance sociale
- Date de naissance
- Taux de cotisation et (ou) fractionnement entre conjoint (REER et REER structuré seulement)
- Adresse et numéro de téléphone
- Désignation de bénéficiaire
- Désignation de fiduciaire (provinces autres que le Québec)
- Je désire apporter une autre modification

Toute modification à la province d'emploi dans le cadre de régimes de retraite, doit être remplie par l'administrateur ou le responsable du programme collectif.

Le présent formulaire s'applique aux régimes suivants :

- Tous les régimes
- RPDB
- RPEB
- FLEX
- CRI
- REER immobilisé
- RRCDMS
- RENA
- RRS du Québec
- RRA
- REER
- REER de conjoint
- REER structuré
- CELI
- Autre (préciser) : _____

Section 1 – Renseignements sur le client ou le participant

Client n° RS	Sous-groupe n°	Certificat n°	
Nom du client			
Nom du sous-groupe			
Nom du participant	Prénom	Initiales	Numéro d'assurance sociale

Section 2 – Demande de modification

Partie A – Langue de correspondance

- Français English

Partie B – Changement de nom

Ancien nom	Nouveau nom		
Signature (ancien nom)			
Ce changement de nom fait suite à :			
<input type="checkbox"/> Mariage	<input type="checkbox"/> Divorce	<input type="checkbox"/> Séparation	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<i>Attention – Veuillez soumettre les documents justificatifs pour tout changement de nom sauf dans le cas d'un mariage à l'extérieur du Québec. Si vous désirez modifier votre désignation de bénéficiaire, n'oubliez pas de remplir la Partie H – Modification de bénéficiaire désigné.</i>			

Partie C – Modification d'état matrimonial (régimes de retraite agréés seulement)

<input type="checkbox"/> Mariage	<input type="checkbox"/> Divorce	<input type="checkbox"/> Séparation	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Nom du conjoint	Prénom	Initiale	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
<i>Attention – Veuillez soumettre les documents justificatifs pour tout changement de nom sauf dans le cas d'un mariage à l'extérieur du Québec.</i>			

Partie D – Numéro d'assurance sociale

--

Partie E – Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

--

Partie F – Modification du taux de cotisation et (ou) fractionnement entre conjoints (le salarié doit remplir cette section uniquement pour un REER ou un REER structuré)

À compter du (AAAA/MM/JJ)
Veuillez prélever _____ \$ ou _____ % sur ma paie et affecter cette somme au régime.
Veuillez affecter _____ % de mes cotisations <input type="checkbox"/> salariales <input type="checkbox"/> patronales <input type="checkbox"/> facultatives au compte de mon conjoint.
<input type="checkbox"/> Je désire annuler mes cotisations salariales au compte de conjoint

Partie G – Adresse

Adresse du domicile (n°, rue, app.)			Ville
Province	Code postal	Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)

Retournez ce formulaire à la Compagnie d'assurance Standard Life du Canada (adresse ci-dessus).

Partie H – Modification de bénéficiaire désigné (la Standard Life exige l'original de la demande)

Tous les régimes
 RPDB (régime de participation différée aux bénéfices)
 RPEB (régime de participation des employés aux bénéfices)
 FLEX (régime de retraite flexible)
 CRI (compte de retraite immobilisé)
 REER immobilisé (régime enregistré d'épargne-retraite immobilisé)
 RRCDMSM (régime de retraite à cotisation déterminée simplifié du Manitoba)
 RENA (régime d'épargne non agréé)

RRS du Québec (régime de retraite simplifié du Québec)
 RRA (régime de retraite agréé)
 REER (régime enregistré d'épargne-retraite) *tous les comptes – doit être rempli par le titulaire du compte*
 REER de conjoint (régime enregistré d'épargne-retraite de conjoint)
 REER structuré (régime enregistré d'épargne-retraite structuré) *tous les comptes – doit être rempli par le titulaire du compte*
 Autre (préciser) : _____

Attention – Conformément aux dispositions des régimes susmentionnés, je révoque toutes mes désignations de bénéficiaire précédentes et, par les présentes, je désigne les personnes indiquées ci-après comme bénéficiaires des sommes payables à mon décès en vertu desdits régimes.

Renseignements sur les bénéficiaires
 Advenant mon décès, je demande que toute somme payable en vertu de mon régime, à la date de mon décès ou après, soit versée à :
 ma succession ou aux bénéficiaires suivants

Premiers bénéficiaires				Doit totaliser 100 %
Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Part en %

Bénéficiaires subsidiaires				Doit totaliser 100 %
Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Part en %

Si votre bénéficiaire désigné décède avant vous, nous verserons les prestations à tout bénéficiaire survivant ou, en l'absence d'un bénéficiaire survivant, à votre succession. Toute désignation de bénéficiaire, y compris celle d'un conjoint, est révocable.

Désignation de fiduciaire (provinces autres que le Québec)
 Advenant que mon bénéficiaire soit mineur à la date à laquelle les prestations de décès sont payables, je désigne la personne suivante, à titre de fiduciaire, aux fins de recevoir les prestations au nom du bénéficiaire, de détenir les prestations jusqu'à ce que mon bénéficiaire atteigne l'âge de la majorité et de donner une quittance valide à Standard Life au Canada relativement au versement desdites prestations :

Nom	Prénom	Initiale
Adresse du domicile (n°, rue, app.)		Ville
Province	Code postal	Téléphone (domicile)
Signature du salarié ou du participant		

La désignation est valide si elle satisfait aux exigences de la législation pertinente.

À remplir si vous avez désigné votre conjoint comme bénéficiaire (participant du Québec)
 Au Québec, la désignation de votre conjoint, avec qui vous êtes marié ou uni civilement, à titre de bénéficiaire, est irrévocable, sauf indication contraire ci-après. Si vous avez désigné votre conjoint comme bénéficiaire, le fait de vous réserver le droit de révoquer toute désignation de bénéficiaire facilitera toute demande ultérieure de changement de bénéficiaire. Une désignation irrévocable ne peut être modifiée que si le bénéficiaire signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire.

La désignation de mon bénéficiaire est RÉVOCABLE OU La désignation de mon bénéficiaire est IRRÉVOCABLE

Signature du salarié ou du participant	Signature du salarié ou du participant

Partie I – Autres modifications

Section 3 – Signature

Je reconnais que les renseignements personnels fournis aux présentes sont strictement confidentiels et qu'ils seront utilisés, échangés et conservés aux seules fins du régime. J'atteste que, à ma connaissance, lesdits renseignements sont véridiques, exacts et complets.

Signature du salarié ou du participant (obligatoire)	En majuscules	Date (AAAA/MM/JJ)

Section 4 – Réserve à l'administrateur ou au responsable du programme collectif

Province d'emploi	Date d'effet du changement (AAAA/MM/JJ)
Signature	Date (AAAA/MM/JJ)

Avis de décès

1245, rue Sherbrooke Ouest, Montréal (QC) H3G 1G3
Tél. : 1-800-242-1704 Téléc. : 1-866-499-4480



À remplir par l'administrateur ou le responsable du régime (le relevé des options de règlement sera établi par la Standard Life).

Le présent formulaire s'applique aux régimes suivants :

- Tous les régimes
- RPDB
 RPEB
 FLEX
 CRI
 REER immobilisé
 RRCDSM
 RENA
 RRSQ
 RRA
 REER
 REER de conjoint
 REER structuré
 CELI
- Autre (préciser) : _____

Client n° RS	Sous-groupe n°	Certificat n°
Nom du client		
Nom du sous-groupe		

Section 1 – Renseignements sur le salarié (participant) décédé

Nom	Prénom	Initiale
Numéro d'assurance sociale		
Dernière adresse permanente (n°, rue, app.)		Ville
Province	Code postal	
Dernier jour de service actif (AAAA/MM/JJ)		
Date du décès (AAAA/MM/JJ)		

Section 2 – Renseignements sur le(s) bénéficiaire(s)

Nom	Prénom	Initiale	
Lien avec le défunt			
Numéro d'assurance sociale			
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)			
Adresse (n°, rue, app.)		Ville	
Province	Code postal	Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)

Section 3 – Renseignements sur le conjoint (exigés pour les régimes agréés seulement)

Nom	Prénom	Initiale
Numéro d'assurance sociale		
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)		
Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		
Le défunt avait-il un conjoint admissible (selon la définition du texte du régime) à la date du décès?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le défunt était-il titulaire d'autres polices de la Standard Life?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, indiquer les numéros des polices.		

Section 4 – Autorisation de l'administrateur ou du responsable du régime

Est-ce que toutes les cotisations qui doivent être incluses dans le règlement ont été versées à la Standard Life?

Oui Non

Si non, les cotisations seront versées le

(AAAA/MM/JJ)

J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements fournis aux présentes sont véridiques, exacts et complets. De plus, je reconnais que ces renseignements sont strictement confidentiels et qu'ils seront utilisés, échangés et conservés uniquement aux fins du régime.

Nom	Prénom	Initiale
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)	
Signature	Date (AAAA/MM/JJ)	

Veuillez nous soumettre la Déclaration du médecin, une copie du certificat de décès ou une déclaration du directeur de funérailles.

La Standard Life se réserve le droit de demander d'autres renseignements et n'assume aucune responsabilité pour tous frais découlant de la présente déclaration de sinistre.