DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

Veuillez indiquer le régime qui s'applique :

- ☐ Régime de pension à l'intention du groupe manœuvres, hommes de métier et de services des districts scolaires du N.-B. (MHMS)
- ☐ Régime de retraite des employés à plein temps des districts scolaires du N.-B. membres de la section locale 2745 du SCFP (SCFP 2745)

VESTCOR

IMPRIMER CE FORMULAIRE

RECOMMENCER

Renseignements sur l'employeur (obligatoire)

District scolaire : _____

Renseignements sur l'employé (obligatoire) - *Veuillez aussi indiquer votre nom et numéro de téléphone préféré en haut de la page 2.*

Prénom : _____ Nom de famille : _____

NAS (facultatif) : _____ / _____ / _____ No. de référence de Vestcor :_____ **OU** No. d'employé : _____

Correspondance demandée en : ☐ Anglais ☐ Français Numéro de téléphone préféré : _____

En conformité avec les termes et conditions du régime de pension mentionné ci-dessus, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure et je désigne la personne (les personnes) nommée(s) dans la section renseignements sur le bénéficiaire ci-dessous à titre de bénéficiaire (bénéficiaires) du capital payable en vertu dudit régime en cas de mon décès.

Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de ces renonciations et quand elles sont nécessaires, veuillez communiquer avec Vestcor ou visiter le site Web de Vestcor (se reporter aux coordonnées au bas de la page 2).

Renseignements sur le bénéficiaire (obligatoire)

Le total des pourcentages doit égaler 100 % pour être valide. Par exemple, si vous inscrivez trois bénéficiaires et souhaitez leur fournir des parts égales, deux doivent recevoir 33,33 % et un 33,34 %, pour que le total soit de 100 %.

Si l'un des bénéficiaires désignés ci-dessus décède avant moi, les intérêts de ce bénéficiaire (le cas échéant) reviendront, sauf disposition contraire ci-dessus, aux bénéficiaires survivants en parts égales ou, à défaut, à ma succession.

Je me réserve le droit de révoquer la nomination de tout bénéficiaire nommé par moi à tout moment.

Nom : _____ Adresse : _____

Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : _____ Lien de parenté : _____ Pourcentage : _____ %

Nom : _____ Adresse : _____

Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : _____ Lien de parenté : _____ Pourcentage : _____ %

Nom : _____ Adresse : _____

Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : _____ Lien de parenté : _____ Pourcentage : _____ %

Nom : _____ Adresse : _____

Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : _____ Lien de parenté : _____ Pourcentage : _____ %

DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

VESTCOR

Nom de l'employé : _____ Numéro de téléphone préféré : _____

Fiduciaire pour le bénéficiaire mineur (facultatif)

Dans la plupart des cas, le régime (MHMS et/ou SCFP 2745) ne peut pas effectuer un paiement directement à une personne mineure (c'est-à-dire une personne qui n'a pas atteint l'âge de la majorité dans cette province ou ce territoire). Si vous désignez un mineur comme bénéficiaire, vous pouvez nommer un fiduciaire qui détiendra les fonds en fiducie jusqu'à ce que le bénéficiaire atteigne l'âge de la majorité. La personne désignée comme fiduciaire doit être âgée d'au moins 19 ans et être admissible à titre de fiduciaire. La fiducie et la désignation du fiduciaire sont également soumises à toutes les lois applicables en vigueur aux moments pertinents. Le paiement au fiduciaire libérera le régime (MHMS et/ou SCFP 2745) et Vestcor à hauteur d'un tel paiement.

Si un fiduciaire n'a pas été désigné, ou si la désignation du fiduciaire est invalide ou inapplicable, toute prestation payable à un mineur sera versée au tuteur aux biens du mineur ou à l'autorité publique appropriée (selon le cas).

Je désigne par la présente la personne nommée ci-dessous comme fiduciaire pour recevoir et détenir en fiducie toute prestation payable à un bénéficiaire qui est mineur au moment du paiement :

Nom : _____ Adresse : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ (JJ / MM / AAAA) Lien de parenté : _____

Autorisation (obligatoire)

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, les bénéficiaires et le fiduciaire; déterminer les préférences linguistiques; aider à déterminer qui est admissible à recevoir la prestation de survivant; communiquer avec le participant, les bénéficiaires ou le fiduciaire, au besoin; et en définitive, s'assurer que le régime de pension est administré conformément à ses documents constitutifs et aux lois qui s'appliquent. 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). De plus, veuillez prendre note que l'énoncé de Vestcor sur la protection des renseignements personnels se trouve ici : www.vestcor.org/renseignements-personnels*

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

IMPORTANT! La signature électronique n'est pas acceptée. Une signature manuscrite est requise.

Signature du participant : _____ Date : _____ / _____ / _____ (JJ / MM / AAAA)

Adresse du participant : _____

Signature du témoin* : _____ Date : _____ / _____ / _____ (JJ / MM / AAAA)

*Le témoin doit avoir atteint l'âge de la majorité et ne doit pas être un bénéficiaire.

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 or 1-800-561-4012 (sans-frais)
Courriel : info@vestcor.org
Site Web : 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.