

# Désignation ou changement de bénéficiaire

Veillez indiquer lequel des régimes s'applique :

- Régime à risques partagés de certains employés syndiqués des hôpitaux du N.-B.(RRP de CES)
- Régime à risques partagés des employés des hôpitaux du N.-B., membres du SCFP(RRP des hôpitaux du SCFP)

## Renseignements sur l'employeur (obligatoire)

EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

## Renseignements sur l'employé(e) (obligatoire)

NOM : \_\_\_\_\_ NAS : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Numéro de téléphone préféré : \_\_\_\_\_

En conformité avec les termes du régime de retraite 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.

**Note :** Si vous avez un(e) conjoint(e) ou conjoint(e) de fait tel que défini dans la *Loi sur les prestations de pension*, qui a droit à une des prestations de décès indiquées ci-dessous, le droit de votre conjoint(e) ou conjoint(e) de fait aura préséance sur le droit de votre bénéficiaire à la prestation de décès, sauf si votre conjoint(e) ou conjoint(e) de fait a renoncé à ses droits en remplissant le formulaire de renonciation approprié :

Pour les **Prestations de décès préretraite** : un formulaire *Renonciation à une prestation de décès préretraite* (Formule 9, fournie par le surintendant des pensions). Si vous remplissez ce formulaire, vous devez le faire parvenir à Vestcor avant votre décès.

Pour les **Prestations de décès après la retraite** : un formulaire *Renonciation à la pension commune et de survivant* (Formule 5, fournie par le surintendant des pensions). Si vous remplissez ce formulaire, vous devez le faire parvenir à Vestcor dans la période de 12 mois précédent le début du versement de vos prestations de retraite. Une désignation de bénéficiaire n'est possible que si la forme de pension prévue par le régime le permet.

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

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

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

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

## Fiduciaire pour le bénéficiaire mineur (facultatif)

Dans la plupart des cas, le régime (RRP de CES et/ou RRP des hôpitaux du SCFP) 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 (RRP de CES et/ou RRP des hôpitaux du SCFP) 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 : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

## Autorisation (obligatoire)

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Adresse du participant : \_\_\_\_\_

Signature du témoin\* : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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

Veillez retourner le formulaire dûment rempli 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 : [vestcor.org/pensions](http://vestcor.org/pensions)