

DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

Veillez indiquer le régime qui s'applique :

- Régime de retraite dans les services publics de Nouveau-Brunswick (RRSPNB)
- Régime à risques partagés des employés des hôpitaux du N.-B., membres du SCFP (RRP des hôpitaux du SCFP)
- Régime à risques partagés de certains employés syndiqués des hôpitaux du N.-B. (RRP de CES)

Renseignements sur l'employeur (obligatoire)

EMPLOYEUR : _____

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

Prénom : _____ Nom de famille : _____ Numéro de téléphone préféré : _____

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

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.

Note : Si vous avez un conjoint 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 de fait aura préséance sur le droit de votre bénéficiaire à la prestation de décès, sauf si votre conjoint 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 égaier 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

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

Fiduciaire pour le bénéficiaire mineur (facultatif)

Dans la plupart des cas, le régime (RRSPNB, RRP des 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 (RRSPNB, RRP des 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 : _____
JJ MM AAAA

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; 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/reenseignements-personnels.

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

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