

Veuillez indiquer lequel des régimes s'applique :

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

Renseignements sur l'employeur

Employeur : _____

Renseignements sur l'employé(e)

Nom : _____ No. d'assurance sociale : _____ Numéro de téléphone préféré : _____

En conformité avec les termes du régime de retraite indiqué ci-haut, 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.

Notez : 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.

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 cette page).

Renseignements sur le bénéficiaire

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 %.

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 : _____ %

Si tout bénéficiaire nommé ci-dessus décède avant moi, l'intérêt du bénéficiaire (le cas échéant), sauf disposition contraire indiquée ci-dessus, revient également aux bénéficiaires survivants ou, à défaut, à ma succession.

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

Autorisation

Signature du participant _____ Date (AAAA-MM-JJ) _____

Adresse du participant _____

Signature du témoin* _____ Date (AAAA-MM-JJ) _____

*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 Courriel : info@vestcor.org Téléphone : 506-453-2296
 C.P. 6000 Télécopieur : 506-457-7388 Sans frais : 1-800-561-4012
 Fredericton, NB E3B 5H1 Site Web : www.vestcor.org/pensions