

## Désignation ou changement de bénéficiaire



District scolaire : \_\_\_\_\_

### Renseignements sur l'employé(e)

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

Régime : \_\_\_\_\_ Langue : \_\_\_\_\_  
Manœuvres, hommes de métier et de services \_\_\_\_\_ SCFP, section locale 2745 \_\_\_\_\_ Anglais \_\_\_\_\_ Français \_\_\_\_\_

### Renseignements sur le bénéficiaire

Par la présente, je désire révoquer toute désignation de bénéficiaire antérieure et désigne le ou les bénéficiaires ci-dessous pour recevoir tout montant payable après mon décès conformément aux dispositions du régime.

**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 : \_\_\_\_\_ %

### Autorisation

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable du district scolaire

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

**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 : [www.vestcor.org/pensions](http://www.vestcor.org/pensions)