

FORMULAIRE D'INFORMATION POUR LES NOUVEAUX PARTICIPANTS

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

Section 1 - Renseignements sur l'employeur

Employeur : _____

Section 2 - Renseignements sur l'employé - Veuillez aussi indiquer votre nom en haut de la page 2.

Nom : _____ Nom de famille : _____

Adresse postale : _____

Adresse du domicile (si elle diffère de l'adresse postale) : _____

Régime : Régime à risques partagés de certains employés syndiqués des hôpitaux du N.-B. (CES)

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

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

Date d'embauche : ____ / ____ / ____ Correspondance demandée en : Anglais Français
JJ MM AAAA

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Date d'adhésion : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA JJ MM AAAA

Employé à temps plein (en vertu de la convention collective)

Employé à temps partiel (en vertu de la convention collective) - _____ % d'emploi à temps plein

Autre (occasionnel, temporaire, etc.)

Section 3 - Renseignements sur le bénéficiaire

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.

Notez : 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).

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 : _____ %

Des espaces pour des bénéficiaires supplémentaires sont disponibles à la page 2

IMPORTANT! Remplissez la page 2.

FORMULAIRE D'INFORMATION POUR LES NOUVEAUX PARTICIPANTS

Nom de l'employé : _____

Section 3 - Renseignements sur le bénéficiaire (suite)

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 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.

Section 4 - Fiduciaire pour le bénéficiaire mineur

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 désignation d'un fiduciaire est facultative. 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 : _____

Section 5 - Autorisation

CONSENTEMENT À LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE : Vestcor utilisera les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire pour les fins suivantes : identifier l'employé, l'employeur, le bénéficiaire désigné et le fiduciaire; déterminer les préférences linguistiques; préparer l'adhésion au régime de l'employé; aider à déterminer qui peut être admissible à la prestation de survivant; communiquer avec l'employé, l'employeur, 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 : ____ / ____ / ____

Signature de l'employeur : _____ Date : ____ / ____ / ____

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