VESTCOR

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

DÉSIGNATION / CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

INFORMATION DE L'EMPLOYEUR

EMPLOYEUR :

INFORMATION DE L'EMPLOYÉ(E)

NOM :	**NO. D'ASSURANCE SOCIALE** **- -**

RÉGIME (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**

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 Information du 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*, le droit de votre conjoint(e) ou conjoint(e) de fait aura préséance sur le droit de votre bénéficiaire à la prestation de décès en vertu du régime, sauf si votre conjoint(e) ou conjoint(e) de fait a renoncé à ses droits (en totalité ou en partie) en signant le formulaire « Renonciation à une prestation de décès préretraite » (formule 9 de la *Loi sur les prestations de pension*). Le formulaire de renonciation peut être signé à tout moment avant votre décès.

INFORMATION DU BÉNÉFICIAIRE

NOM	ADRESSE	DATE DE NAISSANCE	SEXE	LIEN DE PARENTÉ
		_____ / _____ / ____ année mois jour	☐ **homme** ☐ **femme**	
		_____ / _____ / ____ année mois jour	☐ **homme** ☐ **femme**	
		_____ / _____ / ____ année mois jour	☐ **homme** ☐ **femme**	
		_____ / _____ / ____ année mois jour	☐ **homme** ☐ **femme**	

Si tout bénéficiaire nommé ci-dessus décède avant moi, l'intérêt du bénéficiaire (le cas échéant), sauf disposition contraire indiquée ci-dessus, revient au(x) bénéficiaire(s) survivant(s) 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 : **ADRESSE DU PARTICIPANT :**	**DATE** _____/_____/_____ année mois jour
SIGNATURE DU TÉMOIN* :	**DATE** _____/_____/_____ année mois jour

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