

Spécifiez le régime de retraite : _____

Section 1 - Renseignements au sujet du cotisant décédé

Prénom : _____ Nom de famille : _____

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

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Date de décès : ___ / ___ / ___
JJ MM AAAA JJ MM AAAA

Adresse : _____

Le cotisant décédé était-il marié au moment du décès? oui non

Si oui, indiquez le nom du conjoint : _____

Section 2 - Renseignements au sujet du demandeur

Prénom : _____ Nom de famille : _____

NAS : ___ / ___ / ___ Date de naissance : ___ / ___ / ___
JJ MM AAAA JJ MM AAAA

Correspondance demandée en : Anglais Français

Téléphone : _____ Courriel : _____

Adresse postale : _____

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

Section 3 - Remplissez la section 3.1 ou 3.2 selon votre situation

Section 3.1 - conjoint

Étiez-vous marié au cotisant décédé? oui Étiez-vous toujours marié au moment du décès de votre conjoint? oui non

Date du mariage : ___ / ___ / ___ **Joindre une copie du certificat de mariage.**
JJ MM AAAA

Section 3.2 - conjoint de fait

Si vous n'étiez pas marié, à quelle date avez-vous commencé à habiter avec le cotisant décédé? ___ / ___ / ___
JJ MM AAAA

Viviez-vous toujours ensemble au moment du décès de votre conjoint de fait? oui non

Si oui, et si vous êtes le conjoint de fait du défunt cotisant, veuillez obtenir et remplir le formulaire intitulé « **Déclaration officielle d'union de fait** ».

IMPORTANT! VEUILLEZ REMPLIR LA PAGE 2.

Prestation de survivant (conjoint ou conjoint de fait)

Spécifiez le régime de retraite : _____

Prénom et nom du cotisant décédé : _____

Section 4 - Ordonnance d'un tribunal et contrat familial

Est-ce qu'une ordonnance d'un tribunal ou un contrat familial (y compris une entente de séparation ou un contrat de mariage) établit votre droit aux prestations de retraite? oui non

Si **oui**, veuillez joindre une copie de cette ordonnance d'un tribunal ou de ce contrat familial sauf si elle a été préalablement fournie.

Section 5 - Régimes de soins médicaux, de voyage et de soins dentaires

Si le défunt cotisant était à la retraite et bénéficiait d'une protection familiale en vertu du régime de soins médicaux, de voyage ou de soins dentaires pour les retraités du gouvernement du Nouveau-Brunswick à la date du décès, vous êtes admissible à continuer cette protection avec Croix Bleue Medavie au moyen de chèques préautorisés.

Veuillez signer et dater un formulaire de **demande de transfert pour retraité** et l'envoyer à Croix Bleue Medavie avec un chèque annulé comme indiqué sur le formulaire.

Si le cotisant décédé était à la retraite et inscrit au régime d'assurance de la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick (FENB), veuillez communiquer avec la FENB directement au (506) 458-1981 ou au 1-888-851-5500

Section 6 - Déclaration du demandeur

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 décédé et le requérant; déterminer les préférences linguistiques; aider à déterminer l'admissibilité à la prestation de survivant; traiter la demande du survivant; contacter le demandeur si nécessaire; et en définitive, s'assurer que le régime de pension est administré conformément à ses documents constitutifs et aux lois qui s'appliquent. Les renseignements seront communiqués à l'Agence du revenu du Canada si la loi l'exige. 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/renseignements-personnels.

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

Je, soussigné, _____, demande par les présentes une prestation de survivant en vertu de la disposition du régime de retraite susmentionné. Je déclare que, au meilleur de ma connaissance, les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.

Signature du demandeur : _____ Date : ____/____/____
JJ MM AAAA

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 ou 1-800-561-4012 (sans-frais)
Courriel : info@vestcor.org
Site Web : vestcor.org