

DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYÉ(E)

LA SOUMISSION DU FORMULAIRE REMPLACERA LA TOTALITÉ DES DÉSIGNATIONS ET DES CHANGEMENTS PRÉCÉDENTS EN CE QUI CONCERNE LES BÉNÉFICIAIRES. VOUS DEVEZ INDIQUER TOUTES VOS INTENTIONS CONCERNANT LES BÉNÉFICIAIRES ET INCLURE TOUS LES BÉNÉFICIAIRES SUR CE FORMULAIRE.

Nom de l'employé(e)	Prénom	Initiale du second prénom	Date de naissance (JJ-MM-AA)
Numéro d'assurance sociale (facultatif)		No. de l'employé OU No. de référence de Vestcor	
Nom de l'employeur			

DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE POUR L'ASSURANCE-VIE ET DU RÉGIME ADMA (COUVERTURE DE BASE), DU RÉGIME D'ASSURANCE-VIE ET DU RÉGIME ADMA (COUVERTURE FACULTATIVE), ET DU RÉGIME ADMA (COUVERTURE VOLONTAIRE)¹

NOMMEZ VOTRE/VOS BÉNÉFICIAIRE(S) CI-DESSOUS ET COCHEZ LA/LES CASE(S) D'ASSURANCE QUI S'APPLIQUE²
(Le total des pourcentages doit éгалer 100 % pour être valide) :

Assurance- vie de base et DMA	Assurance- vie Facultative et DMA	DMA Volontaire	Désignation du (de la) bénéficiaire (prénom et nom) ³	Date de naissance ⁴ (JJ-MM-AA)	Lien avec l'employé(e)	Le pourcentage des prestations désignées

Prénom et nom du fiduciaire

Lien avec l'employé(e)

()

Numéro de téléphone

Aucune option de contingence n'est offerte et les bénéficiaires ne peuvent pas être classés par ordre de préférence. Si un bénéficiaire est décédé au moment du décès de l'employé(e), le montant de la garantie ne peut pas être transféré à un bénéficiaire secondaire.

NOTER : LA DÉSIGNATION ET LES CHANGEMENTS DE TOUS LES BÉNÉFICIAIRES SONT VISÉS PAR LES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES EN VIGUEUR. SI L'EMPLOYÉ EST UN RÉSIDENT DU QUÉBEC, LA DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE PEUT ÊTRE IRRÉVOCABLE OU SEULEMENT RÉVOCABLE DANS DES CIRCONSTANCES PRÉCISES.

CONSENTEMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE : Les renseignements personnels recueillis au moyen du présent formulaire seront utilisés par Vestcor aux fins suivantes : identifier le participant, ses bénéficiaires et son fiduciaire; aider à déterminer qui est admissible à recevoir les avantages sociaux assurés; communiquer avec le participant, ses bénéficiaires ou son fiduciaire, au besoin; et en définitive, s'assurer que le régime d'avantages sociaux est administré dans le respect des documents constitutifs. Les renseignements pourraient être communiqués au ministère des Finances et du Conseil du Trésor, à Croix Bleue Medavie et à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Si vous avez des questions concernant la collecte et l'utilisation de vos renseignements, communiquez avec l'équipe des Services aux participants 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 courrier électronique (info@vestcor.org). De plus, vous pouvez prendre connaissance de l'énoncé de Vestcor sur la protection des renseignements personnels à l'adresse www.vestcor.org/renseignements-personnels.

AUTORISATION : Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts. En fournissant mon numéro d'assurance sociale, j'autorise la compagnie d'assurance, l'administrateur du régime et l'administrateur de la paie et des avantages sociaux à l'utiliser à des fins d'identification seulement.

Signature de l'employé(e) :
IMPORTANT! La signature électronique n'est pas acceptée. Une signature manuscrite est requise

Date :

JJ-MM-AA

** EMPLOYÉ : TRANSMETTRE À VESTCOR **

C.P. 6000, Fredericton (N.-B.) E3B 5H1

Tél. : 1-800-561-4012; Téléc. : (506) 457-7388; Courriel : info@vestcor.org