

RÉGIMES DES AVANTAGES SOCIAUX

FORMULAIRE DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE/DE CHANGEMENT



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 INDICER 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 égaler 100 % pour être valide) :

Assurance-vie de base et DMA	Assurance-vie Facultative et DMA	Assurance-DMA Volontaire et DMA	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
			_____	_____	_____	_____
			_____	_____	_____	_____
			_____	_____	_____	_____
			_____	_____	_____	_____
			_____	_____	_____	_____

¹ En ce qui concerne l'assurance-vie pour personne à charge, l'employé est le bénéficiaire en cas de décès d'une personne à charge admissible.

² Si aucun bénéficiaire n'est indiqué ou si tous les bénéficiaires sont décédés, la garantie est versée à la succession de l'employé(e).

³ Un bénéficiaire doit être une personne vivante ou un organisme de bienfaisance (enregistré auprès de l'Agence du revenu du Canada).

⁴ Si un bénéficiaire n'a pas atteint l'âge de la majorité, il faut désigner ci-dessous un fiduciaire chargé de recevoir et de verser tout montant à payer tant que le bénéficiaire est en dessous de cet âge. Cela ne s'applique pas aux membres du personnel qui vivent au Québec.

Prénom et nom du fiduciaire

Lien avec l'employé(e)

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/reseignements-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

IMPORTANT : Les informations transmises par courriel ne sont pas considérées comme protégées si elles ne sont pas cryptées. Si vous souhaitez envoyer ce formulaire par courriel électronique et que vous ne disposez pas d'une méthode de cryptage, veuillez contacter notre bureau afin d'envoyer ce formulaire électroniquement dans un format sécurisé.