

**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 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
---------------------	--------	---------------------------	------------------------------	----------------------------

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'APPLIQUE : ²						Le pourcentage des prestations désignées (chaque prestation doit totaliser 100%) ⁵
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)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____

¹ En ce qui concernant 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)	Numéro de téléphone

⁵ Si plusieurs bénéficiaires sont désignés et que rien n'est indiqué quant à la manière dont la garantie doit être divisée entre eux, la garantie à verser doit être répartie à parts égales entre tous les bénéficiaires.

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.

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) : _____ **Date :** _____

IMPORTANT! La signature électronique n'est pas acceptée. Une signature manuscrite est requise.

**** 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