

Régime d'assurance-vie de base - Désignation / changement de bénéficiaire

En lettres majuscules et à l'encre. Garder une copie pour vos dossiers dans un endroit sûr.

Afin de faciliter la lecture du présent formulaire, nous avons utilisé le masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Statut de l'employé

☐ Employé en service actif
☐ Employé retraité touchant une pension immédiate

Genre de transaction

☐ Demande d'adhésion
☐ Modification
☐ Changement de bénéficiaire
☐ Changement du nom de l'employé

A - Renseignements sur l'employé / retraité

Nom de famille

Prénom usuel

Initiales

N° d'identification de l'employé

Homme ☐

Date de naissance

Année

Mois

Jour

Femme ☐

Adresse

Ville

Prov.

Code postal

Pays

N° de téléphone

B - Options en matière de protection - Retraité seulement (veuillez choisir une option)

Plein montant ☐

Montant fixe de 10 000 \$ (Remplir le formulaire de Prestations supplémentaires de décès payées par la SCP - 65 ans et plus - Désignation / changement de bénéficiaire)
☐

Refus de la protection - Remplir la section E ci-dessous
Je reconnais que l'assurance vie de base pour retraité m'a été offerte et que je l'ai refusée.
☐

C - Désignation du ou des bénéficiaires / changement de bénéficiaire

Nota

Pour plus de trois bénéficiaires, joindre une feuille séparée. Vous devez vérifier que la section Désignation du ou des bénéficiaires est remplie au complet (nom de famille, prénom, initiale). Si la désignation de bénéficiaire est incomplète, ou que vous n'avez pas désigné un bénéficiaire, votre succession sera désignée comme bénéficiaire. Si vous désignez ou avez désigné auparavant votre bénéficiaire comme irrévocable, vous ne pouvez pas changer cette désignation de bénéficiaire sans le consentement par écrit du bénéficiaire irrévocable.

Lorsque la loi québécoise s'applique, un conjoint bénéficiaire (soit marié ou conjoint d'union civile) est irrévocable à moins que vous n'indiquiez qu'il soit révocable en cochant ici : Révocable ☐

S'il y a plus d'un bénéficiaire, veuillez indiquer les % de la distribution des prestations ci-dessous :

1

% des prestations

Nom de famille du bénéficiaire

Prénom usuel

Initiales

Lien de parenté avec l'employé

Adresse

Ville

Prov. / État

Code postal / Zip

Pays

N° de téléphone

2

% des prestations

Nom de famille du bénéficiaire

Prénom usuel

Initiales

Lien de parenté avec l'employé

Adresse

Ville

Prov. / État

Code postal / Zip

Pays

N° de téléphone

3

% des prestations

Nom de famille du bénéficiaire

Prénom usuel

Initiales

Lien de parenté avec l'employé

Adresse

Ville

Prov. / État

Code postal / Zip

Pays

N° de téléphone

D - Clause relative au fiduciaire / administrateur

Si l'un des bénéficiaires est mineur ou n'a pas la capacité légale, vous pouvez, si vous le désirez, nommer un fiduciaire/administrateur en remplissant cette section. Cette nomination ne conviendra pas nécessairement à toutes les fins. **Nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et tout fiduciaire/administrateur proposé. Ne pas remplir cette section si vous avez déjà nommé un fiduciaire/administrateur.**
Par les présentes, je nomme la personne suivante à titre de fiduciaire pour recevoir et garder en fiducie, au nom de tout bénéficiaire, les sommes payables en vertu de la présente police si au moment où le paiement doit être versé, le bénéficiaire est mineur ou n'a pas la capacité légale. Tout paiement, dans son ensemble, libérera la compagnie d'assurance et Postes Canada de toute responsabilité future. Le fiduciaire doit agir prudemment et utiliser l'argent, incluant tout retour d'intérêt et tout investissement, pour l'éducation et/ou le soutien du bénéficiaire. La fiducie se termine quand le bénéficiaire atteint la majorité et a la capacité légale. À ce moment là, le fiduciaire doit remettre au bénéficiaire tous les actifs en fiducie.

Nom du fiduciaire / l'administrateur

Prénom usuel

Initiales

Lien de parenté avec l'employé

Adresse du fiduciaire

Ville

Prov.

Code postal

Pays

N° de téléphone

E - Résiliation de l'assurance - Retraité seulement

Je reconnais que l'assurance vie de base pour retraité m'a été offerte et que je l'ai refusé. J'accepte le fait que je ne puisse me joindre à ce régime à une date ultérieure.

Signature du retraité

Année

Mois

Jour

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Signature du témoin

Année

Mois

Jour

Adresse du témoin

Ville

Prov.

Code postal

Pays

N° de téléphone

F - Autorisation et protection des renseignements personnels

Je demande par les présentes, l'adhésion au Régime d'assurance vie de base et j'autorise que soit déduit de mon salaire/ma pension le montant de cette cotisation exigible. Je reconnais que les renseignements personnels recueillis à mon sujet serviront aux fins de la protection de groupe et à l'administration des avantages sociaux et je l'accepte. L'accès à ces renseignements personnels est limité à ceux qui en ont besoin, dans le cadre de leur travail, pour administrer mes avantages sociaux, ainsi qu'à ceux à qui j'ai donné accès et ceux autorisés par la loi. Je reconnais qu'une photocopie ou une copie électronique de ce formulaire est aussi valide que l'original. Je certifie que les renseignements fournis sont vrais, justes et complets, au meilleur de ma connaissance.

Signature de l'employé / du retraité

Année

Mois

Jour

Signature du témoin - autre que l'un des bénéficiaires

Année

Mois

Jour

Adresse du témoin

Ville

Prov.

Code postal

Pays

N° de téléphone

G - Réservé au bureau

N° de régime

Date de prise d'effet de la protection / de la modification

Année

Mois

Jour

Nom du représentant des avantages sociaux

Système mis à jour

Année

Mois

Jour