

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 <input type="checkbox"/>	Date de naissance
				Femme <input type="checkbox"/>	Année Mois Jour
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
	<input type="text"/>				
	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
	<input type="text"/>				
	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
	<input type="text"/>				
	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.

POUR LE QUÉBEC SEULEMENT

Lorsque que la loi québécoise s'applique, « fiduciaire » a le sens d'« administrateur » et tous leurs termes connexes et leurs concepts doivent être perçus conformément. Cette nomination doit être interprétée conformément aux dispositions régissant la gestion des biens d'autrui, en vertu du Code civil du Québec.

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

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 - Réserve 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