

Prestation supplémentaire de décès payée par Postes Canada – 65 ans et plus – Désignation / changement de bénéficiaire



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 | <input type="checkbox"/> Employé en service actif | <input type="checkbox"/> Employé retraité touchant une pension immédiate – PD (Volet à prestations déterminées) | <input type="checkbox"/> Employé retraité éligible – CD (Volet à cotisations déterminées) |
| Genre de transaction | <input type="checkbox"/> Demande d'adhésion | <input type="checkbox"/> Modification | <input type="checkbox"/> Changement de bénéficiaire <input type="checkbox"/> Changement du nom de l'employé |

A - Renseignements sur l'employé / retraité

| | | | | | | |
|-----------------------|--------------|-----------|----------------------------------|--|--------------------------------|-----------------|
| Nom de famille | Prénom usuel | Initiales | N° d'identification de l'employé | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | Date de naissance (AAAA-MM-JJ) | |
| Adresse du fiduciaire | | Ville | Prov. | Code postal | Pays | N° de téléphone |

B - Protection

Montant forfaitaire de 10 000 \$

C - Désignation du ou des bénéficiaires / changement de bénéficiaire

Pour plus de quatre bénéficiaires, joindre un formulaire additionnel. Vous devez vérifier que la section Désignation du ou des bénéficiaires est remplie au complet (nom de famille, prénom). 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 révoquant en cochant ici : Révoquant

Si'il y a plus d'un bénéficiaire, veuillez indiquer les % de la distribution des prestations ci-dessous; n'utilisez pas de fractions ou de décimales et le montant total doit être égale à 100% :

| | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|--------------------------------|--------------|-------------|--------------------------------|-----------------|
| 1 | % des prestations | Nom de famille du bénéficiaire | Prénom usuel | Initiales | Lien de parenté avec l'employé | |
| Adresse du fiduciaire | | Ville | Prov. | Code postal | Pays | N° de téléphone |
| 2 | % des prestations | Nom de famille du bénéficiaire | Prénom usuel | Initiales | Lien de parenté avec l'employé | |
| Adresse du fiduciaire | | Ville | Prov. | Code postal | Pays | N° de téléphone |
| 3 | % des prestations | Nom de famille du bénéficiaire | Prénom usuel | Initiales | Lien de parenté avec l'employé | |
| Adresse du fiduciaire | | Ville | Prov. | Code postal | Pays | N° de téléphone |
| 4 | % des prestations | Nom de famille du bénéficiaire | Prénom usuel | Initiales | Lien de parenté avec l'employé | |
| Adresse du fiduciaire | | Ville | Prov. | Code postal | 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 le régime de Prestation supplémentaire de décès m'a été offert par Postes Canada mais que je l'ai refusé. J'accepte le fait que je ne puisse me joindre de nouveau à ce régime à une date ultérieure. | Signature du retraité | Date (AAAA-MM-JJ) |
|--|-----------------------|-------------------|

F - Autorisation et protection des renseignements personnels

Je demande par les présentes, l'adhésion au régime Prestation supplémentaire de décès payée par la SCP. 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 | Date (AAAA-MM-JJ) |
|--------------------------------------|-------------------|