



Instructions pour remplir le formulaire

Régime d'assurance-vie de base : Directives sur le formulaire de désignation / changement de bénéficiaire

Ce formulaire doit être rempli à l'inscription d'un employé ou d'un retraité.

Le formulaire de désignation/changement de bénéficiaire du Régime d'assurance-vie de base vous permet de désigner un ou plusieurs bénéficiaires de votre assurance-vie de base. Les employés admissibles et retraités qui participent doivent désigner un bénéficiaire correctement sur ce formulaire.

Remarques :

- Le formulaire doit être rempli à l'encre.
- Tout changement ou toute modification, même mineurs, apportés à la désignation doivent être paraphés.
- Il ne faut pas utiliser de liquide correcteur/ruban adhésif (blanc); les formulaires qui en contiennent seront rejetés.

Le formulaire est divisé en huit sections faciles à remplir.

Statut de l'employé (une boîte doit être cochée)

- Vous devez indiquer si vous êtes un employé en service actif **ou** un employé retraité touchant une pension immédiate du volet à prestations déterminées **ou** un employé retraité éligible du volet à cotisations déterminées.

Genre de transaction (une boîte doit être cochée)

- Vous devez indiquer si la transaction est une Demande d'adhésion, Modification, Changement de bénéficiaire ou un Changement de nom de l'employé.

Section A – Renseignements sur l'employé / retraité

- **Nom:** Inscrivez votre nom au complet (nom de famille, prénom usuel et initiales)
- **Numéro d'identification de l'employé:** Inscrivez votre numéro d'employé
- **Sexe:** Inscrivez votre sexe
- **Date de naissance:** Inscrivez votre date de naissance (aaaa/mm/jj)
- **Adresse:** Inscrivez votre adresse postale actuelle (rue, ville, province, code postal, pays)
- **Numéro de téléphone:** Inscrivez votre numéro de téléphone actuel au domicile, y compris l'indicatif régional

Section B – Options en matière de protection – Retraité seulement (une case doit être cochée)

Cette section doit être remplie par un employé à la retraite seulement. Comme retraité, vous avez trois options en matière de protection:

- Indiquez si, à la date de votre retraite, vous souhaitez conserver **le plein montant de la protection** (deux fois votre salaire à la date de la retraite, réduit de 10 % par année après votre 66e anniversaire), **OU**



- Pour réduire votre protection à **un montant fixe de 10 000 \$**: si vous optez pour cette protection, lorsque vous atteindrez l'âge de 65 ans, vous n'aurez plus à payer de primes, car Postes Canada continuera à verser votre part de la prime de 10 000 \$ sans frais, **OU**
- Refus la protection: Si vous refusez la protection, vous devez remplir la section E.

Section C – Désignation du ou des bénéficiaires / changement de bénéficiaire

Assurez-vous de remplir les éléments indiqués ci-dessous. Si le formulaire n'est pas rempli au complet et correctement, le formulaire sera rejeté.

- **Nom**: Inscrivez le nom de votre bénéficiaire au complet (nom de famille, prénom et initiales)
- **Lien de parenté avec l'employé**: Indiquez le lien du bénéficiaire avec vous (p. ex. épouse, mari, conjoint, partenaire, fils, fille, parent, ami)
- **Adresse**: Inscrivez l'adresse postale actuelle du bénéficiaire (rue, ville, province, code postal, pays)
- **Numéro de téléphone**: Inscrivez le numéro de téléphone actuel du domicile du bénéficiaire, y compris l'indicatif régional
- **% des prestations**: Inscrivez le pourcentage de prestation que le bénéficiaire recevra. Le total de pourcentages désignés doit être égal à 100 %, sans fractions ni décimales.
 - P. ex. bénéficiaire no 1 à 50 %, plus bénéficiaire no 2 à 25 %, plus bénéficiaire no 3 à 25 %, pour un total de 100 %
 - P. ex. bénéficiaire no 1 à 34 %, plus bénéficiaire no 2 à 33 %, plus bénéficiaire no 3 à 33 %, pour un total de 100 %
- Lorsque la loi québécoise s'applique: Au Québec, une désignation à un conjoint bénéficiaire (qu'il s'agisse d'un conjoint marié ou d'une union civile) est irrévocable, à moins que vous n'indiquiez que la désignation soit révocable. **Si vous êtes résident du Québec**, indiquez si la désignation à votre bénéficiaire est révocable en cochant la case indiquant **RÉVOCABLE**.

Section D – Clause relative au fiduciaire / administrateur

Pour désigner un mineur à titre de bénéficiaire, vous devez désigner un fiduciaire dans toutes les provinces sauf au Québec. Indiquez le nom du fiduciaire, sa relation avec vous, l'adresse et le numéro de téléphone, y compris l'indicatif régional.

Section E – Résiliation de l'assurance – Retraité seulement

Cette section doit être remplie par un employé à la retraite seulement, s'il a choisi de refuser la protection à la section B ci-dessus.

- **Remarque importante**: Lorsque la couverture est annulée, le retraité ne peut pas se réinscrire plus tard au régime.
- **Signature du retraité**: Vous (l'employé retraité) devez signer dans l'espace prévu à cet effet.
- **Date**: Inscrivez l'année, le mois et la date lorsque vous signez le formulaire.
- Un témoin: n'est pas nécessaire.

Section F – Autorisation et protection des renseignements personnels

- **Signature de l'employé/retraité**: Vous (l'employé ou le retraité) devez signer dans l'espace prévu à cet effet.
- **Date**: Inscrivez l'année, le mois et la date auxquels vous signez le formulaire.
- Un témoin : n'est pas nécessaire.



Employé	
Questions ou demandes de formulaires :	AccèsRH Téléphone : 1-877-807-9090 Courriel : accesrh@postescanada.ca
Formulaires originales et complétés sont expédiés à :	ACCÈSRH 2701 PROMENADE RIVERSIDE, SUITE B0350 OTTAWA ON K1A 0B1

Retraité, volet de prestations déterminées	
Questions ou demandes de formulaires :	Centre du régime de retraite Téléphone : 1-877-480-9220
Formulaires originales et complétés sont expédiés à :	CENTRE DU REGIME DE RETRAITE DE POSTES CANADA CP 9104 STN MAIN CONCORD ON L4K 0R3