

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 neuf 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.

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.

- 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 66^e anniversaire).
- Pour réduire votre protection à un **montant fixe de 10 000 \$** (si vous optez pour cette protection), remplissez le formulaire d'inscription à la Prestation de décès payée par Postes Canada – 65 ans et plus, et ce, quel que soit votre âge. Postes Canada conservera ce formulaire, et 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.
- 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 paiement sera automatiquement versé à votre succession.

- **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 résidant 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.
- **Nom du témoin :** n'est plus 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.
- **Nom du témoin :** n'est plus nécessaire.

Section G – Réserve au bureau

Cette section doit être remplie par le bureau d'AccèsRH de Postes Canada. Veuillez retourner le formulaire au bureau d'AccèsHR. La désignation de votre bénéficiaire prendra effet à la date à laquelle AccèsHR reçoit le formulaire rempli.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec AccèsHR au **1 877 807-9090** ou par courrier :

AccèsHR
2701 PROMENADE RIVERSIDE BUREAU C0160
OTTAWA ON K1A 0B1