

IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE OU DU PARTICIPANT

_____	_____	_____	_____
Nom	Prénom	Matricule	Faculté ou Service

NOTES SUR LA DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

La *Loi sur les régimes complémentaires de retraite* prévoit, entre autres, que lorsqu'un participant décède avant la retraite, **le bénéficiaire est le conjoint** du participant ou, à défaut, les ayants droit du participant.

Par conjoint, on entend la personne qui :

- est **mariée** ou **unie civilement** au participant;
- vit maritalement depuis au moins 3 ans avec un participant **non marié ni uni civilement**;
- vit maritalement depuis au moins un an avec un participant **non marié ni uni civilement** si :
 - un enfant est né ou à naître de leur union;
 - ils ont conjointement adopté un enfant durant leur période de vie maritale;
 - l'un d'eux a adopté au moins un enfant de l'autre durant cette période.

CHANGEMENT DU OU DES BÉNÉFICIAIRES

Il est à noter que la prestation de décès est payable en priorité au conjoint ou conjointe, peu importe votre désignation sur ce formulaire. Toutefois, votre conjoint ou conjointe pourrait renoncer à cette prestation. L'Université de Sherbrooke enregistre donc les désignations ou les changements de bénéficiaire, mais elle n'assume aucune responsabilité quant à leur validité ou leur suffisance.

Important : Ce formulaire annule toutes les autres désignations faites auparavant. Il est important de réinscrire tous les bénéficiaires que vous avez précédemment désignés si vous voulez qu'ils demeurent bénéficiaires, sans quoi ils seront retirés.

Je nomme comme bénéficiaire :

_____	_____	F H
Nom, prénom du conjoint	Date de naissance du conjoint	Sexe du conjoint

Toutefois, en l'absence de conjointe ou de conjoint qui satisfasse à une telle définition, je nomme comme bénéficiaire :

_____	_____	F H
Nom, prénom	Lien de parenté ou autre lien	Sexe du bénéficiaire

_____	_____	F H
Nom, prénom	Lien de parenté ou autre lien	Sexe du bénéficiaire

_____	_____	F H
Nom, prénom	Lien de parenté ou autre lien	Sexe du bénéficiaire

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Par la présente, je déclare que les renseignements inscrits sur le présent formulaire sont complets et véridiques.

Signature _____ Date _____

Vous devez transmettre l'original de ce formulaire avec signature manuscrite au Service des ressources humaines.

Réservé à l'usage du personnel des ressources humaines

SOFE	Fait par : _____	Date : _____	Vérfié par : _____	Date : _____
ARIEL	Fait par : _____	Date : _____	Vérfié par : _____	Date : _____