



Formulaire d'adhésion au régime de retraite à cotisations déterminées (CD) de Postes Canada Postes Canada

Retournez ce formulaire, dûment rempli, à l'adresse suivante:
AccèsRH B125 - 2701 promenade Riverside, Ottawa, ON K1A 0B1



Dans cette demande, les termes « vous », « votre » et « vos » se rapportent à la personne qui demande à devenir un participant au titre du régime de pension agréé collectif / régime de retraite à cotisations déterminées (le régime) et « nous », « notre » et « nos » se rapportent à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, l'émetteur du produit collectif de rentes afférent au régime, dont le siège social est situé au 100 rue Osborne Nord, Winnipeg (Manitoba) Canada R3C 3A5. Vous pouvez communiquer avec nous au 1 866 716-1313 ou en visitant le macanadavieautravail.com.

SECTION 1 – EMPLOYEUR / RÉPONDANT DU RÉGIME

Nom de l'employeur / du répondant du régime Canada Post Corporation	Police/régime n° 74216
---	----------------------------------

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR VOUS (en caractères d'imprimerie)

Nom de famille	Initiale du second prénom	Prénom	Division/sous-groupe	Numéro d'identification / d'employé
----------------	---------------------------	--------	----------------------	-------------------------------------

Numéro d'assurance sociale (NAS) - - - - - Vous autorisez l'utilisation de votre NAS aux fins de la déclaration de revenus, d'identification et de tenue de dossiers.	Date d'embauche jj mm aaaa	Date de naissance jj mm aaaa	Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
---	-------------------------------	---------------------------------	--	---

Nom de famille du conjoint / conjoint de fait	Prénom	Adresse électronique Requise pour l'accès en ligne et pour faire parvenir de l'information sur le régime et les services qu'il comporte
---	--------	--

Adresse (numéro municipal et nom de la rue, numéro d'appartement)

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

Si l'adresse ci-dessus est une case postale, la poste restante ou une route rurale, veuillez également inscrire l'adresse municipale ci-dessous.

Adresse (numéro municipal et nom de la rue, numéro d'appartement)	Ville	Province	Code postal
---	-------	----------	-------------

Numéro de téléphone - - - - - poste	Autre numéro de téléphone - - - - -	Province d'embauche	Date d'adhésion au régime jj mm aaaa
--	--	---------------------	---

Êtes-vous une personne rattachée? Oui* Non *Le formulaire T1007 doit être rempli par votre employeur et déposé auprès de l'Agence du revenu du Canada (l'administrateur du régime peut vous aider à déterminer si vous êtes une personne rattachée).

SECTION 3 – VOTRE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires. À noter : La législation sur les régimes de pension ou les dispositions du régime peuvent exiger le versement de la prestation de décès à votre époux ou conjoint de fait admissible. Toutes les désignations sont révoquées sauf au Québec (voir l'encadré « Important : Résidents du Québec »). Si vous souhaitez désigner un bénéficiaire irrévocable, remplissez le formulaire *Désignation de bénéficiaire irrévocable*.

Premier(s) bénéficiaire(s) à votre décès

Nom de famille	Prénom	Date de naissance jj mm aaaa	Lien du bénéficiaire avec vous				% des prestations
			Cochez une case ci-dessous OU Précisez sous Autre			Autre (enfant, ami, etc.)	
			Marié(e)	Uni civilement au Québec	Conjoint de fait		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Total 100 %

Important : Résidents du Québec

- Si vous désignez votre conjoint marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire, cette désignation sera irrévocable (ce qui signifie que vous ne pourrez pas modifier la désignation de bénéficiaire ni effectuer certaines opérations comme des retraits [lorsque cela est permis] sans le consentement de cette personne), à moins que vous ne cochiez la case ci-dessous :
Je désigne mon conjoint marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire révoicable
- La prestation de décès sera versée au ou aux tuteurs d'un bénéficiaire mineur (habituellement les parents) ou au tuteur ou curateur d'un bénéficiaire n'ayant pas de capacité juridique, à moins qu'une fiducie formelle ait été établie au bénéfice du bénéficiaire, par testament ou par contrat distinct (dans ce cas, désignez la fiducie à titre de bénéficiaire dans la présente section).

Sauf dispositions contraires dans la loi, si l'un de vos premiers bénéficiaires décède avant vous, sa part sera versée aux premiers bénéficiaires survivants, en parts égales ou, s'il n'y a aucun premier bénéficiaire survivant, à votre ou vos bénéficiaires subsidiaires nommés ci-dessous. En l'absence d'un bénéficiaire subsidiaire, la prestation reviendra à votre succession.

Demande d'adhésion au régime de retraite à cotisations déterminées (CD) (suite)

SECTION 3 – VOTRE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE (suite)

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s) à votre décès

Nom de famille	Prénom	Date de naissance jj mm aaaa	Lien avec vous	% des prestations
				Total 100%

Fiduciaire (remplir si l'un de vos bénéficiaires est un mineur ou n'a autrement pas de capacité juridique et ne réside pas au Québec; ne pas remplir si une fiducie en bonne et due forme existe)

Nom de famille	Prénom	Fiduciaire pour (indiquez le nom du bénéficiaire)	Lien du fiduciaire avec vous

Vous autorisez le ou les fiduciaires nommés ci-dessus 1) à recevoir les prestations payables pour le compte de tout bénéficiaire qui est mineur ou n'a pas la capacité juridique nécessaire pour donner une quittance valide, et 2) à leur seule discrétion, à utiliser les prestations pour l'entretien ou l'éducation du bénéficiaire et à exercer tout droit du bénéficiaire aux termes du régime. La fiducie prendra fin lorsque ce bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité et aura la capacité juridique nécessaire pour donner une quittance valide. Il est recommandé de consulter un conseiller juridique avant de nommer un fiduciaire. Tout versement fait au ou aux fiduciaires nous libérera de nos engagements jusqu'à concurrence du montant versé.

SECTION 4 – AUTORISATION DE RETENUES SALARIALES

Votre adhésion se fera automatiquement, à raison de cotisations de 4 % de votre rémunération (votre salaire de base, incitatif de la compagnie lié à l'équipe et toute prime ou allocation ouvrant droit à pension) au moyen de retenues salariales. Postes Canada versera une cotisation de contrepartie correspondant à un pourcentage de vos cotisations, en fonction de votre âge et de vos années de service continu.

Vous pouvez choisir de verser une cotisation inférieure à quatre pour cent, en choisissant un des pourcentages suivants :

J'autorise par la présente Postes Canada à déduire un montant correspondant à un taux de cotisation de: 3% 2% 1% ou 0% par paye.

Ce montant sera versée à mon régime de retraite à cotisations déterminées de Postes Canada.

Si vous réduisez vos cotisations salariales, Postes Canada réduira également ses cotisations de contrepartie.

SECTION 5 – VOS CHOIX DE PLACEMENTS

Sélectionnez un ou des placements si le répondant du régime ou l'administrateur du régime vous a donné le droit de sélectionner des placements pour la totalité ou une partie des cotisations versées au régime. Si aucune sélection n'est faite, les cotisations seront investies dans le placement par défaut.

Fonds Cycle de vie (choisir seulement un)

Fonds Blackrock Lifepath 2025	BGI25	_____%
Fonds Blackrock Lifepath 2030	BGI30	_____%
Fonds Blackrock Lifepath 2035	BGI35	_____%
Fonds Blackrock Lifepath 2040	BGI40	_____%
Fonds Blackrock Lifepath 2045	BGI45	_____%
Fonds Blackrock Lifepath 2050	BGI50	_____%
Fonds Blackrock Lifepath 2055	BGI55	_____%
Fonds Blackrock Lifepath 2060	BGI60	_____%

Fonds à revenu fixe

Fonds indiciel d'obligations canadiennes (GPTD) S079 _____%

Fonds d'actions étrangères

Fonds d'actions mondiales (MFS) GEMB _____%
Fonds d'actions internationales (MFS) IEMB _____%
Fonds d'actions indiciel enregistré américain (Blackrock) USIRB _____%

Fonds d'actions canadiennes

Fonds d'actions (CC&L) PCE _____%
Fonds indiciel d'actions canadiennes (GPTD) S120 _____%

Espèces et fonds équivalents

Compte à intérêt composé - 5 ans CI5 _____%
Fonds du marché monétaire (LK) (Mackenzie) S029 _____%

La répartition totale doit correspondre à 100 %.

SECTION 6 – SIGNATURE

Vous confirmez les renseignements fournis dans le présent formulaire et les mettez à jour par la suite s'ils sont modifiés. Vous êtes au courant des raisons pour lesquelles les renseignements visés par vos consentements et autorisations sont nécessaires, ainsi que des avantages et des risques liés au consentement ou au non-consentement. Vous nous autorisez à recueillir, à utiliser, à divulguer et à conserver vos renseignements personnels pour les besoins décrits à la page Protection de vos renseignements personnels ci-jointe. Cette autorisation est accordée conformément aux lois applicables et ne limite pas les consentements et autorisations donnés ailleurs dans le présent document.

Signature du proposant

Date

Canada Vie, Ma Canada Vie au travail et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie

Protection de vos renseignements personnels

À La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection de la vie privée.

Vos renseignements personnels :

- Nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels, comme votre nom, vos coordonnées et vos renseignements financiers.
- Les renseignements sur vous sont conservés dans nos bureaux ou dans ceux d'un tiers autorisé.
- Vous avez le droit d'examiner et de rectifier les renseignements contenus dans votre dossier en nous faisant parvenir une demande écrite.

Qui a accès à vos renseignements?

- Nous limitons l'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier à nos membres du personnel ou aux personnes autorisées par nous qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches de même qu'aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès.
- Pour nous aider à accomplir les tâches précisées ci-dessous, il se peut que nous fassions appel à des prestataires de services situés au Canada ou à l'étranger.
- Vos renseignements personnels pourraient également être divulgués à des autorités gouvernementales ou à d'autres personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Vos renseignements sont utilisés aux fins suivantes :

- Les renseignements personnels que nous recueillons sont utilisés pour gérer les produits que vous détenez auprès de nous et en assurer le service, et pour nous permettre de gérer les données internes et d'en effectuer l'analyse.
- Nous nous en servons notamment pour enquêter sur les demandes de règlement, verser des prestations ainsi que créer et tenir à jour les dossiers sur notre relation d'affaires.

Votre consentement demeurera en vigueur jusqu'à ce que nous recevions un avis écrit indiquant que vous avez retiré ce consentement, sous réserve des restrictions juridiques et contractuelles pouvant s'appliquer. Par exemple, si vous retirez votre consentement, il se peut que nous ne puissions pas vous permettre de continuer de participer au régime.

Si vous voulez en savoir plus :

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez l'adresse canadavie.com.