

APPENDICE A
DEMANDE D'ESTIMATION DU MONTANT TRANSFÉRABLE

Je, _____

domicilié(e) au _____

| | | |
|--------------|-----------------|--------------------|
| ville | province | code postal |
|--------------|-----------------|--------------------|

Date de naissance : _____ **Sexe :** F ___ M ___ **N.A.S. :** _____

demande, par la présente, à l'administrateur de mon régime de départ (**Nom du régime** _____) et à l'administrateur de mon régime d'arrivée (**Nom du régime** _____) de remplir et de me soumettre pour acceptation deux exemplaires d'une estimation du montant transférable afin que je puisse me prévaloir, s'il y a lieu, de l'entente conclue le _____. **Je certifie avoir participé au régime d'arrivée au cours des trois derniers mois.**

Je comprends que si une demande en séparation de corps, en divorce, en annulation de mariage ou en paiement d'une prestation compensatoire (« recours en justice ») a été introduite, le traitement de la demande de transfert pourra être ajourné jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le partage ou la cession en raison du recours en justice sera exécuté; ou
- la date à laquelle l'autorité compétente aura été avisée de la renonciation du conjoint au partage ou du désistement du recours en justice,

à moins que les deux autorités compétentes participant au transfert ne consentent à procéder au traitement de la demande de transfert avant la première de ces deux dates.

Les renseignements personnels fournis seront traités de façon confidentielle et ne seront communiqués qu'aux seules personnes autorisées à traiter ma demande conformément à la législation qui s'applique dans ma province.

Nom de l'ancien employeur
Adresse _____

Nom du présent employeur
Adresse _____

Période à transférer :
Du _____ au _____

Date d'entrée en fonction :

NOTE: Une demande en séparation de corps, en divorce, en annulation de mariage ou en paiement d'une prestation compensatoire a-t-elle été introduite par vous ou votre conjoint devant un tribunal?
Oui _____ **Non** _____

DATE
Téléphone à la résidence : _____

SIGNATURE
Téléphone au travail : _____

Un exemplaire dûment signé de cet appendice doit être retourné à **chacune** des adresses suivantes :

**Comité de retraite
Université du Québec
2600, boulevard Laurier
Tour de la Cité, 6^e étage, bureau 600
Sainte-Foy (Québec) G1V 4W1**

**Comité de retraite
Régime de retraite de l'Université Laval
Chambre 3121
Pavillon Maurice Pollack
Sainte-Foy (Québec) G1K 7P4**