

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 2 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.**

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 de relevé de droits ou une demande d'acquiescement a été formulée dans le cadre d'une procédure de divorce, de séparation ou d'octroi d'une prestation compensatoire :

Oui _____

Non _____

DATE

SIGNATURE

Téléphone à la résidence : _____

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 du régime de retraite des
employés du fonds de solidarité FTQ
Bureau du Comité de retraite
545, boulevard Crémazie Est, bureau 200
Montréal (Québec) H2M 2W4