

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'acquittement 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**