

**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 participer au régime d'arrivée et être à l'emploi de l'employeur auquel s'applique ce régime depuis au moins trois (3) 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 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**  
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<sup>e</sup> étage, bureau 600  
Sainte-Foy (Québec) G1V 4W1**

**Comité de retraite du régime de retraite  
Barreau du Québec  
Me Marc Sauvé  
445, boulevard St-Laurent  
Montréal (Québec) H2Y 3T8**