

Demande de soumission options de règlement en vertu d'un régime de retraite agréé (RRA)

C.P. 11464, succ. Centre-ville, Montréal (QC) H3C 5M3
Tél. : 1-800-242-1704 Téléc. : 1-866-499-4480

Doit être rempli par l'administrateur ou le responsable du régime à seules fins de soumission.

Client n° RS	Sous-groupe n°	Certificat n°
Nom du client	Nom du sous-groupe	

Section 1 – Renseignements sur le salarié (participant)

Nom	Prénom	Initiale	
Numéro d'assurance sociale			
Adresse (n°, rue, app.)		Ville	
Province	Code postal	Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)			

Section 2 – Demande d'estimation de règlement

- Décès (AAAA/MM/JJ)
- Cessation d'emploi (AAAA/MM/JJ)
- Départ en retraite (AAAA/MM/JJ)
- sans conjoint
- conjoint admissible né le (AAAA/MM/JJ)

Soumission à expédier à :

- salarié/participant (domicile)
ou
 administrateur ou responsable du régime

Section 3 – Autorisation de l'administrateur ou du responsable du régime

Nom (<i>en majuscules</i>)	Téléphone (domicile)
Signature de l'administrateur du régime	Date (AAAA/MM/JJ)