

DEMANDE DE TRANSFERT DE COTISATIONS / REQUEST FOR TRANSFER OF CONTRIBUTIONS

ENTENTES DE RÉCIPROCITÉ / RECIPROCITY AGREEMENT

1. IDENTIFICATION DU SALARIÉ / IDENTIFICATION OF MEMBER

N° de client à la CCQ ou n° d'assurance sociale / CCQ client number or Social Insurance Number			
Nom / Last name		Prénom / First name	
N° de téléphone principal / Main telephone number		N° de téléphone secondaire / Secondary telephone number	
N° / No.	Rue / Street	N° d'appartement / Apartment no.	
Case postale / P.O. box	Ville / City	Province	Code postal / Postal code

2. ASSOCIATION SYNDICALE DONT VOUS ÊTES UN MEMBRE PERMANENT / ASSOCIATION WHERE YOU ARE A PERMANENT MEMBER

Nom et numéro de la section locale / Name and local union number
--

3. TERRITOIRE TEMPORAIRE DE TRAVAIL / TEMPORARY EMPLOYMENT JURISDICTION

Ville / City	
Province	Métier / Trade
Association syndicale ayant juridiction sur ce territoire (association, numéro, local) / Union holding jurisdiction in this area (association, local union number)	
Premier jour de travail (AAAA-MM-JJ) / First day of work (YYYY-MM-DD)	Dernier jour de travail (AAAA-MM-JJ) / Last day of work (YYYY-MM-DD)

4. AUTORISATION DE TRANSFERT DES COTISATIONS D'ASSURANCE OU DE RETRAITE / AUTHORIZATION TO TRANSFER INSURANCE OR PENSION CONTRIBUTIONS

Par la présente, j'autorise le transfert à mon régime principal des sommes versées en mon nom dans le régime secondaire pour les heures travaillées sur le territoire temporaire de travail indiqué ci-dessus et j'autorise la Commission de la Construction du Québec à transmettre à mon régime secondaire tous les renseignements personnels qui me concernent et qui sont nécessaires aux fins d'un tel transfert. Ce transfert sera effectué en vertu de l'entente de réciprocité en vigueur. Je tiens également ces régimes quittes et indemnes de toute responsabilité qu'ils pourraient encourir en raison de tout tort subi par moi ou mes personnes à charge à la suite de ce transfert.

I hereby authorize the transfer to my Home Fund of the sums paid on my behalf to the Related Fund for the hours worked in the temporary area of work indicated above and authorize the Commission de la construction du Québec to transmit to my Related Fund all my personal information necessary to complete such a transfer. This transfer will be executed in accordance with the reciprocal agreement in force. I do further release the said funds and agree to hold them harmless for any and all liability which they might incur by reason of any damages resulting to myself and my dependents following this transfer.

J'autorise le transfert des cotisations / I authorize the transfer of contributions:	Assurance / Insurance	<input type="checkbox"/> Oui / Yes	<input type="checkbox"/> Non / No
	Retraite / Pension	<input type="checkbox"/> Oui / Yes	<input type="checkbox"/> Non / No

Signature du salarié (obligatoire) / Member's signature (obligatory)

En foi de quoi, j'ai signé le (AAAA-MM-JJ) /
In witness whereof, I have signed on (YYYY-MM-DD)

Veillez retourner ce formulaire à l'adresse ci-dessous. / Please return this form to the address below.

Commission de la construction du Québec
Section Retraite et assurance vie
C. P. 2500, succ. Chabanel
Montréal (Québec) H2N 0A9

INFORMATIONS / INFORMATION

Les ententes de réciprocité permettent, à certaines conditions, de transférer des cotisations d'assurance et de retraite entre le régime d'avantages sociaux de l'industrie de la construction du Québec et des régimes de l'extérieur du Québec. Cela permet au salarié de regrouper tous ses argents dans un seul régime; dans certains cas, il obtient ainsi de meilleurs bénéfices d'assurance ou de retraite.

If certain conditions are met, the reciprocal agreement permits the transfer of insurance and pension contributions between the Québec Construction Industry's Social Benefit Plan and such plans outside Québec. This allows the employee to accumulate all his contributions in one sole plan. In certain cases, the employee can obtain better insurance or pension benefits.

DÉFINITIONS

Régime principal / Home Fund:

Le régime d'avantages sociaux établi pour les membres de l'Association syndicale auquel appartient le salarié. / The Social Benefit Plan established for the members of the association where the employee is a member.

Régime secondaire / Related Fund:

Tout autre régime d'avantages sociaux s'appliquant à l'extérieur de la juridiction du régime principal du salarié. / Any other Social Benefit Plan that applies to an area outside the jurisdiction of the employee's home plan.

Exemple / Example: Pour un salarié du Québec allant travailler à Edmonton, Alberta / For an employee in Québec who leaves to work in Edmonton, Alberta:

- régime principal : celui de l'industrie de la construction du Québec administré par la CCQ. / Home Fund: the Québec Construction Industry's Plan administered by the CCQ;
- régime secondaire : le régime d'avantages sociaux en vigueur à Edmonton pour son métier. / Related Fund: the Social Benefit Plan in force in Edmonton for the employee's trade.

INSTRUCTIONS POUR SOUMETTRE LA DEMANDE / INSTRUCTIONS TO SUBMIT FORM

- Il est important de remplir ce formulaire dès que le salarié quitte la juridiction de son RÉGIME PRINCIPAL afin qu'il n'y ait pas d'interruption de ses protections d'assurance ou de perte de bénéfices de retraite. / It is important to complete the form when the employee leaves the Home Fund jurisdiction in order to avoid any interruption of its insurance protections or a loss of pension benefits.
- Un formulaire mal rempli peut entraîner un délai de traitement du transfert des cotisations. Le salarié pourrait alors perdre certains bénéfices d'assurance ou de retraite. / An improperly completed form could result in a delay in processing the transfer of contributions. The employee may lose certain welfare or pension benefits.

Le salarié doit faire parvenir le formulaire dûment rempli aux organisations suivantes :
The employee must send a copy of the duly completed form to the following organizations:

- Copie 1 / Copy 1: Commission de la construction du Québec
Section Retraite et assurance vie
C. P. 2500, succ. Chabanel, Montréal (Québec) H2N 0A9
- Copie 2 / Copy 2: l'administrateur du RÉGIME À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC. / the FUND ADMINISTRATOR OUTSIDE QUÉBEC.
- Copie 3 / Copy 3: ASSOCIATION SYNDICALE du salarié. / the EMPLOYEE'S UNION office.
- Copie 4 / Copy 4: à conserver par le salarié pour son dossier / employee record

SALARIÉ ALLANT TRAVAILLER AUX ÉTATS-UNIS / EMPLOYEE WORKING IN THE UNITED STATES

- Le salarié doit communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour connaître les impacts de son séjour aux États-Unis sur sa participation au régime d'assurance public du Québec. / The employee must contact the Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) to find out the impact of his stay in the United States on his participation in the Québec Public Insurance Plan.
- Si le salarié est assuré par MÉDIC Construction, ses dépenses sont remboursées comme si elles avaient été faites au Québec à la condition que la personne soit assurée par un régime public au Canada (exemple : le régime d'assurance maladie du Québec). Consultez le bulletin MÉDIC Construction pour connaître les protections applicables. / If the employee is insured under the MÉDIC Construction Plan, his expenses are reimbursed as though they had been incurred in Québec, on the condition however, that the employee is insured under a public plan in Canada (example: the Régime d'assurance maladie du Québec). Refer to the MÉDIC Construction bulletin to find out what coverages apply.

Important / Important: Le programme d'urgence médicale à l'étranger de MÉDIC Construction ne s'applique pas à une personne qui n'est pas assurée par un régime d'assurance public au Canada (celui de la RAMQ par exemple.) / MÉDIC Construction's Medical Emergency Abroad Program does not apply to a person who is not insured under a public insurance plan in Canada (for example, the RAMQ plan).