

DEMANDE DE TRANSFERT PERMANENT DE COTISATIONS / REQUEST FOR PERMANENT 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° / 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		Date du transfert (AAAA-MM-JJ) / Date of transfer (YYYY-MM-DD)	
Régime de retraite de « transfert-sortie » / "Transfer-Out" Pension plan		Régime de retraite de « transfert-entrée » / "Transfer-In" Pension plan	

3. AUTORISATION DU SALARIÉ PROCÉDANT AU TRANSFERT / AUTHORIZATION OF TRANSFERRING MEMBER

Suite à mon changement d'affiliation à la date indiquée ci-dessus, par la présente, j'autorise le régime de retraite de « transfert-sortie » à transférer toutes les prestations de retraite que j'ai accumulées auprès du régime « transfert-entrée » désigné ci-dessus. Je suis conscient(e) qu'une fois que le transfert a eu lieu, je renonce à tous les droits et bénéfices relevant du régime de retraite de « transfert-sortie ».

I hereby authorize above-named "transfer-out" pension fund to transfer all pension benefits accrued on my behalf to the above-named "transfer-in" pension plan, as I have transferred my membership on the date shown above. I am aware that once this transfer has taken place, I give up all rights and benefits under the "transfer-out" pension plan.

_____ Signature du salarié (obligatoire) / Member's signature (obligatory)	_____ Date (AAAA-MM-JJ) / Date (YYYY-MM-DD)
---	--

4. DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME DE RETRAITE DE « TRANSFERT-SORTIE » / DECLARATION OF "TRANSFER-OUT" PENSION PLAN ADMINISTRATOR

Je certifie que ce qui suit est un extrait conforme du dossier de retraite du salarié nommé ci-dessus. / I certify that the following is a true extract from the above member's pension record.

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) / Date of birth (YYYY-MM-DD)	Prestations payables / Payable accrued benefit	Heures travaillées / Worked hours	Années de participation / Years of participation
---	--	-----------------------------------	--

_____ Signature de l'administrateur / Signature of administrator	_____ Date (AAAA-MM-JJ) / Date (YYYY-MM-DD)
---	--

5. DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME DE RETRAITE DE « TRANSFERT-ENTRÉE » / DECLARATION OF "TRANSFER-IN" PENSION PLAN ADMINISTRATOR

Par la présente, je certifie que selon les informations précédentes, la somme mensuelle de _____ \$ devra être versée au salarié nommé ci-dessus dans le cadre du régime de retraite de « transfert-entrée », le membre en question ayant cumulé _____ années de participation.

I hereby certify that, based on the information provided above, a monthly pension benefit of \$ _____ should be credited to the above member in the "Transfer-in" Pension plan, such member to receive credit for _____ years of participation.

_____ Signature de l'administrateur du régime de retraite de « transfert-entrée » / Signature of "Transfer-In" administrator	_____ Date (AAAA-MM-JJ) / Date (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