

NOM	IDUL	GENRE F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	RÉGIME RCRUL
ADRESSE COURRIEL PERSONNELLE		# EMPLOYÉ.E	
DIRECTIVE DE PLACEMENT			
<p>Vous devez nous indiquer votre choix quant à l'investissement de votre compte. À défaut de choix, votre compte sera investi dans l'option Cycle de vie.</p> <p> <input type="radio"/> Option Cycle de vie <input type="radio"/> Selon la répartition suivante : </p> <p> <input type="radio"/> 100 % dans le Fonds croissance _____ % dans le Fonds croissance <input type="radio"/> 100 % dans le Fonds conservateur _____ % dans le Fonds conservateur <input type="radio"/> 100 % dans le Fonds sécuritaire _____ % dans le Fonds sécuritaire </p>			
IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CONJOINTE			
<p>Le Régime de retraite prévoit que les prestations de décès sont payables au conjoint.e ou, à défaut, aux héritiers légaux. La loi donne une préséance au conjoint.e.</p> <p> <input type="radio"/> Je n'ai pas de conjoint.e <input type="radio"/> J'ai un ou une conjoint.e (marié.e, uni.e civilement ou conjoint.e de fait) </p> <p> _____ Date de naissance _____ Nom de la personne conjointe </p> <p>Note : L'admissibilité de la personne conjointe n'est validée qu'au moment du décès.</p>			
RÉGIME DE RETRAITE, RACHAT OU ÉPARGNE-RETRAITE ACCUMULÉE			
<p> <input type="radio"/> J'ai des droits accumulés dans un autre régime de retraite canadien et je voudrais connaître les modalités de transfert vers mon nouveau régime. Nom du ou des régime(s) de retraite : _____ </p> <p> <input type="radio"/> Je voudrais évaluer la possibilité de transférer de l'épargne retraite accumulée dans le volet de cotisation volontaire. </p>			
DÉCLARATION ET CONSENTEMENT			
<p>Le Bureau de la retraite recueille uniquement les renseignements personnels nécessaires aux fins de l'administration de votre régime de retraite. Votre consentement à cette collecte est implicite. Advenant un refus de fournir les renseignements personnels requis, le Bureau de la retraite pourrait être dans l'incapacité de déterminer des droits ou de verser une prestation. Pour plus d'informations, veuillez consulter la Politique de protection des renseignements personnels.</p> <p>En signant, j'autorise l'Université Laval à prélever sur mon salaire la cotisation salariale et à informer le Bureau de la retraite de tout changement à mon régime d'emploi. Je consens également à la collecte de renseignements personnels par le Bureau de la retraite, selon les dispositions de la politique à cet égard.</p> <p>Le formulaire doit nous être retourné numérisé par courriel à bretraite@bretraite.ulaval.ca.</p> <p> _____ Date _____ Signature </p>			
Section réservée au Bureau de la retraite			
DATE D'ADHÉSION : _____		REÇU LE : _____	