

# INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

## DEMANDE D'ADHÉSION RÉGIME COLLECTIF (RER)



Comité paritaire de l'entretien d'édifices publics (CPEEP) | 5455, rue Jean Talon est, bureau 300 | Montréal QC H1S 3E8

### Section 1 : Identification du régime collectif

N° groupe: 10-1825  
 Nom du régime/groupe: REER collectif du personnel d'entretien d'édifices publics région de Montréal  
 Nom de l'employeur ou de l'association: Comité paritaire de l'entretien d'édifices publics (CPEEP)

### Section 2 : Renseignements sur l'adhérent (Rentier)

N° d'employé: 15  
 BOÎTE: 15<sup>E</sup> RUE  
 Adresse (N°): 15  
 Ville: MONTRÉAL  
 Province: QUÉBEC  
 N° d'assurance sociale: 000 000 000  
 Date de naissance: 15 / 11 / 11  
 Code postal: H1S 2S3  
 Téléphone (résidence): (514) 555-5555  
 Téléphone (bureau):  
 poste:  
 Courrier électronique:  
 Sexe:  Masculin  Féminin  
 Langue de communication:  Français  Anglais

### Section 3 : Payeur (à remplir uniquement si vous désirez avoir un RER de conjoint)

N° d'employeur:  
 Nom:  
 Prénom:  
 N° d'assurance sociale:  
 Adresse (N°):  
 Rue:  
 App.:  
 Ville:  
 Province:  
 Date de naissance:  
 Code postal:  
 Téléphone (résidence):  
 Téléphone (bureau):  
 poste:  
 Courrier électronique:  
 Sexe:  Masculin  Féminin  
 Langue de communication:  Français  Anglais

### Section 4 : Bénéficiaire ou succession au décès

En cas de décès du rentier, j'attribue la prestation payable au décès aux termes de mon contrat au(x) bénéficiaire(s) ci-dessous ou, à défaut, à ma succession sous réserve de la législation sur les rentes applicables :

Nom, prénom	Époux(se) ou conjoint(e) uni(e) civilement	Conjoint(e) de fait	Autre lien de parenté (s'il y a lieu)	Révocable*	Irévocable*	Proportion du partage s'il y a lieu (%)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\*Au Québec, en l'absence de choix, la désignation de l'époux(se) ou du/du(e) conjoint(e) uni(e) civilement est irrévocable.

### Section 5 : Répartition de placements pour la retenue sur le salaire, les cotisations forfaitaires et les transferts provenant d'un autre régime

Veuillez vous référer au « Sommaire explicatif » de votre régime.

### Section 6 : Autorisation

J'autorise l'employeur ou l'association mentionné(s) ci-dessus à agir comme agent pour le régime et j'autorise mon employeur à retenir sur mon salaire, s'il y a lieu, les cotisations prévues au régime. Cette autorisation demeure valable jusqu'à révocation écrite de ma part.  
 Je déclare avoir pris connaissance des dispositions du régime et je demande à y participer. Tout renseignement fourni constitue une garantie affirmative de ma part.  
 Je demande à SSQ, Société d'assurance-vie Inc. d'imprimer un contrat d'épargne-retraite et de faire la demande d'enregistrement comme régime enregistré d'épargne-retraite.  
 Je déclare avoir pris connaissance des termes et conditions applicables au contrat et les accepter. Je comprends qu'à la suite de l'enregistrement du présent contrat, tout paiement fait par SSQ, Société d'assurance-vie Inc. à moi-même, mon ou ma conjoint(e), s'il y a lieu, ainsi qu'à mon ou mes bénéficiaire(s) est sujet aux lois et règlements de l'impôt sur le revenu.  
 Je reconnais avoir eu l'occasion de prendre connaissance des informations sur le fonctionnement des fonds de placement, sur le degré relatif de risque, sur les caractéristiques et les avantages particuliers de chacun de ces fonds.  
 J'autorise SSQ, Société d'assurance-vie Inc. à utiliser pour des fins administratives les renseignements contenus dans cette demande, y compris mon numéro d'assurance sociale. Je reconnais de plus avoir pris connaissance de l'avis au contrat concernant les données et les renseignements personnels, et avoir conservé copie de la présente demande dûment signée.

Signature de l'adhérent(e) (Section 2): X  
 Date: 11 / 11 / 11  
 Signature du payeur si RER de conjoint (Section 3): X

Réçuvé à SSQ  
 10 - - - - -  
 No d'adhésion

**OBLIGATOIRE  
SIGNATURE  
ET  
DATE**

**VÉRIFIER ET  
CORRIGER S'IL  
Y A LIEU**

**INSCRIRE  
VOTRE DATE  
DE NAISSANCE**

**NE RIEN  
INSCRIRE ICI**

**BÉNÉFICIAIRE OU  
SUCCESION AU  
DÉCÈS  
SECTION À  
COMPLÉTER**

# Formulaire Obligatoire pour votre REER

## SUIVRE ATTENTIVEMENT LES DIRECTIVES CI-DESSOUS

1. INSCRIRE VOTRE DATE DE NAISSANCE
2. DÉSIGNER VOTRE / VOS BÉNÉFICIAIRE(S) S'IL Y A LIEU
3. SIGNER ET RETOURNER AU :

COMITÉ PARITAIRE DE L'ENTRETIEN DES  
ÉDIFICES PUBLICS  
6455, RUE JEAN-TALON EST, BUREAU 300  
MONTRÉAL (QUÉBEC) H1S 3E8

## POURQUOI REMPLIR LE FORMULAIRE ?

- ✦ DEPUIS LE 1<sup>ER</sup> JUIN 2009, VOTRE EMPLOYEUR FAIT PARVENIR VOS CONTRIBUTIONS REER AU COMITÉ PARITAIRE.
- ✦ UNE FOIS QUE VOUS AUREZ ATTEINT 25\$ DE CONTRIBUTIONS REER, LE COMITÉ VA TRANSFÉRER L'ARGENT DANS UN REER AUPRÈS DU GROUPE FINANCIER SSQ.
- ✦ POUR FAIRE CE TRANSFERT D'ARGENT DANS UN REER À VOTRE NOM, IL EST OBLIGATOIRE QUE VOUS REMPLISSIEZ LE FORMULAIRE D'ADHÉSION CI-JOINT.

