

Régime de retraite par financement salarial de la FTQ (RRFS-FTQ)

Formulaire d'adhésion

Participant		
Nom	Prénom	NAS
Numéro civique	Appartement	Rue
Ville	Province	Code postal
Date de naissance	Date d'emploi	Date d'adhésion
ArcelorMittal Produits longs Canada	Employés syndiqués Contrecoeur Ouest	Statut d'emploi
Employeur	Groupe	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel
Conjoint		
Nom du conjoint	Prénom du conjoint	Sexe
Date de naissance du conjoint	NAS du conjoint	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Accès à SaiAdNet		
<p>La firme « Les Services actuariels SAI » est mandatée par votre Comité de retraite pour administrer votre régime de retraite. SAI offre à tous les participants du Régime de retraite par financement salarial de la FTQ (RRFS-FTQ) l'accès à un site internet sécurisé, nommé SaiAdNet, qui vous permettra, à l'aide d'un mot de passe, de consulter vos renseignements personnels ainsi que certains documents relatifs à votre régime. Afin d'avoir accès à ce site, veuillez nous fournir votre adresse courriel.</p>		
<input type="checkbox"/> Je veux accéder au site SaiAdNet	_____	
	Adresse courriel	
Adhésion		
<p>Je, soussigné, consens par la présente à adhérer au Régime de retraite par financement salarial de la FTQ (RRFS-FTQ). J'autorise mon employeur à retenir sur mon salaire, s'il y a lieu, les contributions prévues au régime. J'autorise le comité de retraite ou ses mandataires à utiliser pour des fins administratives les renseignements contenus dans cette demande y compris le numéro d'assurance sociale.</p>		
_____	_____	
Signature du participant	Date	

Régime de retraite par financement salarial de la FTQ (RRFS-FTQ)

Formulaire de désignation de bénéficiaire

Participant

Nom

Prénom

Certificat

Désignation de bénéficiaire

Je comprends qu'en vertu de la Loi sur les régimes complémentaires de retraite, si j'ai un conjoint au moment de mon décès, celui-ci recevra automatiquement la prestation de décès prévue au régime. Je comprends aussi que ce droit s'éteindra si mon conjoint y renonce par écrit ou, selon le cas, par la séparation de corps, le divorce, l'annulation du mariage, la dissolution ou l'annulation de l'union civile ou la cessation de vie maritale.

Je comprends que si je n'ai pas de conjoint au moment de mon décès, la prestation de décès prévue au régime sera versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ci-dessous. Si je n'ai pas de conjoint au moment du décès et que je n'ai pas désigné de bénéficiaires, la prestation prévue au régime sera versée à mes ayants cause.

Je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure et nomme :

Nom du bénéficiaire

Prénom du bénéficiaire

Lien de parenté

Nom du bénéficiaire

Prénom du bénéficiaire

Lien de parenté

Nom du bénéficiaire

Prénom du bénéficiaire

Lien de parenté

À moins de stipulation contraire, cette désignation est **révocable**. Je comprends que je ne peux pas modifier une désignation **irrévocable** sans le consentement du bénéficiaire. Je conserve toutefois le droit de modifier toute désignation **révocable**.

Signature du participant

Date