BUREAU DE LA RETRAITE
de l'Université Laval

FORMULAIRE D'ADHÉSION AU RÉGIME DE RETRAITE

NOM	IDUL	GENRE	RÉGIME
		F ☐ M ☐ Autre ☐	RCRUL

ADRESSE COURRIEL PERSONNELLE	# EMPLOYÉ.E

DIRECTIVE DE PLACEMENT

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.

☐ Option Cycle de vie
☐ 100 % dans le Fonds croissance
☐ 100 % dans le Fonds conservateur
☐ 100 % dans le Fonds sécuritaire

☐ Selon la répartition suivante :
_____ % dans le Fonds croissance
_____ % dans le Fonds conservateur
_____ % dans le Fonds sécuritaire

☐ Option mixte:
_____ % Option Cycle de vie
_____ % Fonds sécuritaire

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CONJOINTE

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.

☐ Je n'ai pas de conjoint. ☐ J'ai un ou une conjoint.e (marié.e, uni.e civilement ou conjoint.e de fait)

_____ Nom de la personne conjointe

_____ Date de naissance

Note : L'admissibilité de la personne conjointe n'est validée qu'au moment du décès.

RÉGIME DE RETRAITE, RACHAT OU ÉPARGNE-RETRAITE ACCUMULÉE

☐ 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 : _____

☐ Je voudrais évaluer la possibilité de transférer de l'épargne retraite accumulée dans le volet de cotisation volontaire.

DÉCLARATION ET CONSENTEMENT

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*** .

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.

Le formulaire doit nous être retourné numérisé par courriel à bretraite@bretraite.ulaval.ca.

_____ Signature

_____ Date

Section réservée au Bureau de la retraite

DATE D'ADHÉSION : _____ REÇU LE : _____

2305, rue de l'Université, bur. 3121
Québec (Québec) G1V 0A6