

## APPENDICE A

### DEMANDE D'ESTIMATION DU MONTANT TRANSFÉRABLE

Je, \_\_\_\_\_

domicilié(e) au \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_ PROVINCE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe F M N.A.S. : \_\_\_\_\_

demande, par la présente, à l'administrateur de mon régime de départ (**Nom du régime** \_\_\_\_\_) et à l'administrateur de mon régime d'arrivée (**Nom du régime** \_\_\_\_\_) de remplir et de me soumettre pour acceptation deux exemplaires d'une estimation du montant transférable afin que je puisse me prévaloir, s'il y a lieu, de l'entente conclue le \_\_\_\_\_. **Je certifie être à l'emploi de l'employeur auquel le régime d'arrivée s'applique depuis au moins trois mois.**

Je comprends que si une demande en séparation de corps, en divorce, en annulation de mariage ou en paiement d'une prestation compensatoire (« recours en justice ») a été introduite, le traitement de la demande de transfert pourra être ajourné jusqu'à la première des dates suivantes:

- la date à laquelle le partage ou la cession en raison du recours en justice sera exécuté; ou
- la date à laquelle l'autorité compétente aura été avisée de la renonciation du conjoint au partage ou du désistement du recours en justice,

à moins que les deux autorités compétentes participant au transfert ne consentent à procéder au traitement de la demande de transfert avant la première de ces deux dates.

Les renseignements personnels fournis seront traités de façon confidentielle et ne seront communiqués qu'aux seules personnes autorisées à traiter ma demande conformément à la législation qui s'applique dans ma province.

\_\_\_\_\_  
Nom de l'ancien employeur

\_\_\_\_\_  
Nom du présent employeur

\_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Période à transférer :**

**Date d'entrée en fonction:**

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTE :** Une demande en séparation de corps, en divorce, en annulation de mariage ou en paiement d'une prestation compensatoire a-t-elle été introduite par vous ou votre conjoint ?

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

TÉL. À LA RÉSIDENCE :

TÉL. AU TRAVAIL :

Un exemplaire dûment signé de cet appendice doit être retourné **à chacune** des adresses suivantes :

Comité de retraite  
Université du Québec  
2600, boulevard Laurier  
Tour de la Cité  
Bureau 600 6<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4W2

Comité de retraite du régime de retraite des  
chargés de cours de l'Université du Québec  
475, rue du Parvis  
Québec (Québec) G1K 9H7