

**Partie A - Renseignements sur l'identité du participant actif ou non actif**

Afin de préserver la confidentialité de vos renseignements personnels, la CARRA ne peut vous envoyer votre estimation de rente par télécopieur.

Vous ne pouvez demander une estimation de rente si vous avez effectué un retour au travail après avoir pris votre retraite. Nous serons en mesure de réviser votre prestation dès que vous aurez mis fin à votre retour au travail.

Cette mesure ne s'applique pas aux retraités du RREGOP ayant effectué un retour au travail, car ils ne participent plus à aucun régime de retraite et reçoivent leur rente en totalité.

Si vous avez transmis une autre demande d'estimation de rente au cours de la dernière année, veuillez noter qu'il doit y avoir plus de six mois entre les deux dates éventuelles de la retraite demandées.

**1. Renseignements sur le participant**

Nom de famille Prénom Numéro d'assurance sociale  
  
 Nom à la naissance (s'il est différent)  
 Année Mois Jour  
  
 Date de naissance

Sexe  
 Féminin  Masculin

**2. Adresse de domicile**

Numéro Rue, avenue, boulevard Appartement Case postale Succursale  
  
 Ville, village, municipalité Province ou état  
   
 Code postal Pays

**3. Autres moyens de communication**

Ind. rég. Téléphone au domicile Ind. rég. Téléphone au travail Poste  
      
 Ind. rég. Téléphone cellulaire Langue de correspondance  
 Français  Anglais

**Partie B - Critères d'estimation**

Année Mois Jour  
 Date éventuelle de la retraite :    Régime de retraite:

Si vous avez reçu une ou des propositions de rachat de la CARRA, devons-nous en tenir compte dans l'estimation?  Oui  Non

**Recevez-vous actuellement des prestations d'assurance salaire pour invalidité?**  Oui  Non  
 Année Mois Jour

Si « Oui », indiquez la date de début de l'invalidité :

Vos conditions de travail prévoient-elles que votre lien d'emploi sera rompu à la fin de la 2<sup>e</sup> année d'exonération? (au besoin, vérifiez auprès de votre employeur)  Oui  Non  
 Année Mois Jour

Si « Oui », indiquez la date de fin de l'exonération :

Commentaires :

Signature du participant Date

## Partie C - Renseignements sur l'identité de la personne autorisée à recevoir les documents

Remplissez la partie C si vous désirez qu'une copie de l'estimation de votre rente et, s'il y a lieu, de la lettre explicative, soient transmises à votre représentant.

Le représentant doit être une personne et non un organisme ou une entreprise, car seule une personne a le pouvoir d'en représenter une autre.

### 1. Renseignements sur le représentant

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Numéro d'assurance sociale

Sexe \_\_\_\_\_  
 Féminin  Masculin Titre \_\_\_\_\_

#### Coordonnées de l'établissement du représentant et type d'entreprise :

Assureur  Conseiller financier  Employeur  Syndicat  Autre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Direction Organisme

### 2. Adresse

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Numéro Rue, avenue, boulevard Appartement Case postale Succursale

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Ville, village, municipalité Province ou état

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Code postal Pays

### 3. Autres moyens de communication

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Ind. rég. Téléphone au domicile (s'il y a lieu) Ind. rég. Téléphone au travail Poste

### Autorisation du participant

J'autorise la CARRA à transmettre une copie de l'estimation de ma rente et, s'il y a lieu, de ma lettre explicative à la personne identifiée dans la partie C.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

Année Mois Jour  
\_\_\_\_\_  
Date

Dans ce formulaire, la forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

**English version available upon request**

Votre demande d'estimation de rente vous sera retournée si vous ne l'avez pas signée. Selon la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., c. A-2.1), seules les personnes chargées de traiter votre dossier auront accès à cette information. Cette loi vous permet de consulter et de faire rectifier vos renseignements personnels.

418 643-4881 (région de Québec)  
1 800 463-5533 (sans frais)

**Veillez retourner ce formulaire à l'adresse suivante :**

**Commission administrative des régimes  
de retraite et d'assurances  
475, rue Saint-Amable  
Québec (Québec) G1R 5X3**