

FORMULAIRE D'ADHÉSION AU RÉGIME DE RETRAITE

Régime de retraite des employés des Fonds non publics (FNP) des Forces canadiennes

N° BSIF 55228, N° ARC 0277954

(Agréé en vertu de la Loi de 1985 sur les normes de prestation de pension, L.R., ch. 32 [2° suppl.])

** Veuillez utiliser un stylo à encre bleue.

M. M ^{me} M ^{lle} Nom de famille		Prénom			Initiale			N° d'employé				
Adresse postale complète Rue :					Province :			Sexe		Numéro d'assurance sociale		
Ville :					Code postal :			<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme				
Date de naissance			Date d'emploi à temps plein			Date d'adhésion			Date normale de la retraite (65 ans)			
M	J	A	M	J	A	M	J	A	M	J	A	
État matrimonial				Documents fournis			Base/Escadre		Situation de l'employé		Langue	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Conjoint de fait				<input type="checkbox"/> Baptistaire <input type="checkbox"/> Certificat de naissance <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Permis de conduire					<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps plein temp. <input type="checkbox"/> Temps partiel		<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	

Bénéficiaire : Si le ou les bénéficiaires désignés décèdent avant moi et qu'aucun autre bénéficiaire n'a été désigné, la somme due sera versée à ma succession. Je me réserve le droit de changer le bénéficiaire si besoin est, sous réserve des dispositions de toute loi ou de tout règlement gouvernemental pertinent régissant la désignation des bénéficiaires.

Conformément à la loi fédérale, votre conjoint(e)/conjoint(e) de fait doit être désigné comme bénéficiaire.

Initiales de l'employé

Par conséquent, je désigne la ou les personnes suivantes comme bénéficiaire(s) de tout paiement qui pourrait être dû après mon décès, conformément aux dispositions du régime de retraite :

1.	Nom :	Adresse municipale :	Ville/Province :	Code postal :
	Date de naissance :	Téléphone :	Lien de parenté :	Sexe :
				Numéro d'assurance sociale :
				Pourcentage :

2.	Nom :	Adresse municipale :	Ville/Province :	Code postal :
	Date de naissance :	Téléphone :	Lien de parenté :	Sexe :
				Numéro d'assurance sociale :
				Pourcentage :

DÉSIGNATION D'UN FIDUCIAIRE

**Veuillez nommer un fiduciaire si le bénéficiaire est âgé de moins de 18 ans.

Fiduciaire :	Téléphone :
--------------	-------------

Je suis d'accord avec les dispositions du régime de retraite telles qu'établies dans le livret qui m'a été remis et, par la présente, je demande à adhérer au régime. J'autorise l'employeur à effectuer les retenues nécessaires sur ma paie à chaque période de paie.

Signature du participant au régime de retraite	Date
--	------

Signature du témoin	Nom en lettres moulées	Date
---------------------	------------------------	------

Distribution : Original à la Section de la rémunération, des avantages sociaux et du régime de retraite (pour le dossier du QG); copie au dossier de l'employé à la base/escadre