

LE RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE DE RENTES DES EMPLOYÉ(E)S
SYNDIQUÉ(E)S DE VIDÉOTRON LTÉE – RÉGION OUEST DU QUÉBEC

TRANSFERT

NOM DU PARTICIPANT :

N^o ASSURANCE SOCIALE :

N^o D'EMPLOYÉ :

NOTE : *Ce formulaire ne doit être utilisé que si vous désirez effectuer un transfert de fonds.*

CHOIX 1 : Transfert au Fonds Transition

Je désire transférer la totalité (100%) de mes sommes accumulées à ce jour au Fonds Transition à compter du 1^{er} _____ 20__

Je comprends qu'à compter de ce moment, toute nouvelle cotisation sera dirigée dans le Fonds Transition.

CHOIX 2 : Transfert au Fonds Général

Je désire transférer la totalité (100 %) de mes sommes accumulées à ce jour au Fonds Général à compter du 1^{er} _____ 20__

Je comprends qu'à compter de ce moment, toute nouvelle cotisation sera dirigée dans le Fonds Général.

SIGNATURE :

DATE :

Lorsque complété, veuillez retourner ce formulaire à l'attention de Judy Gagnon, service des Ressources humaines, 612 St-Jacques, 4^e étage S, H3C 3M8. **Les formulaires qui nous seront retournés par fax ne seront pas acceptés.**

Un accusé de réception vous sera retourné. Si vous ne l'avez pas reçu deux semaines plus tard, veuillez contacter Judy Gagnon au (514) 380-7330.

cc : Dossier de l'employé(e)
Paie
Les services actuariels SAI inc.
Syndicat/Jacques Denommé