

Partie A – Renseignements sur l'identité du participant

Nom				Numéro d'assurance sociale			
Prénom		Date de naissance année mois jour		Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Langue de correspondance Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	
Nom de famille selon l'acte de naissance (s'il est différent)				Téléphone (résidence) ind. rég.			
Adresse (numéro, rue, appartement, case postale, route rurale)				Téléphone (travail) ind. rég.		Poste	
Ville				Province		Code postal	

Partie B – Type de rachat

<input type="checkbox"/> Je désire racheter les années de service pour lesquelles j'ai versé des cotisations à titre de député du Parlement du Canada et dont j'ai obtenu le remboursement. (Veuillez fournir un document officiel appuyant ces faits.)			<input type="checkbox"/> Je désire racheter les années de service pour lesquelles j'ai cotisé au RRMAN et obtenu le paiement de la valeur actuarielle de ma rente de retraite réduite.			
<input type="checkbox"/> Je désire racheter les années de service pour lesquelles j'ai versé des cotisations à titre de membre de l'Assemblée nationale et dont j'ai obtenu le remboursement.			<input type="checkbox"/> Je désire racheter les années de service pour lesquelles je n'ai pas cotisé au RRMAN à la suite de mon désistement.			
			Date de désistement		Nouvelle date d'adhésion	
			année mois jour		année mois jour	

Partie C – Périodes à racheter (à remplir en collaboration avec l'employeur)

Date de début de la période à racheter	Date de fin de la période à racheter	Indemnité annuelle à laquelle vous avez eu droit au cours de l'année ou partie d'année à racheter. Cette partie concerne le rachat d'années postérieures au 31 décembre 1982 à titre de membre de l'Assemblée nationale.	
année mois jour	année mois jour		
			_____ \$
			_____ \$
		_____ \$	
Indemnité annuelle à la date de la demande de rachat :		_____ \$	
Attestation de l'employeur : J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets.			
Signature	Titre ou fonction	Date	
		année mois jour	

Partie D – Signature du participant

J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire et dans les documents annexés sont exacts et complets.

Signature

Date

année

mois

jour

L'absence des renseignements demandés dans ce formulaire nous empêchera de traiter votre demande. 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.

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

English version available upon request

Division des régimes particuliers :

418 643-4881 (région de Québec)

1 800 463-5533 (sans frais)

Veillez retourner ce formulaire à l'adresse suivante :

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