

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

Renseignements sur l'identité du participant

Veillez remplir ce formulaire en majuscules.

| | | | |
|---|--------------------|---|--|
| Nom | | Numéro d'assurance sociale | |
| Prénom | | Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Date de naissance année mois jour |
| Adresse du domicile (numéro, rue, appartement, case postale, route rurale) | | | |
| Ville | | Province | Code postal |
| Langue de correspondance français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> | | Téléphone (résidence) (ind. rég.) | Téléphone (travail) (ind. rég.) Poste |
| Date éventuelle de la retraite année mois jour | Régime de retraite | | |
| Recevez-vous actuellement des prestations d'assurance salaire pour invalidité? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | Si oui, vos conditions de travail prévoient-elles que votre lien d'emploi sera rompu à la fin de la 2 ^e année d'exonération? (vérifier avec votre employeur, au besoin) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Signature du participant | | | Date année mois jour |

Renseignements sur l'identité de la personne autorisée à recevoir les documents

| | | | |
|---|--|--|-----------------------------|
| J'autorise la CARRA à transmettre une copie de l'estimation de ma rente, de l'état de ma participation et, s'il y a lieu, de ma lettre explicative à la personne identifiée ci-dessous. | | | |
| Signature du participant | | | Date année mois jour |

| | | | |
|--|--|------------------------------------|---|
| Nom de la personne autorisée | Prénom | | Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Nom de l'organisme (s'il y a lieu) | | | |
| Adresse (numéro, rue, appartement, case postale, route rurale) | Téléphone (résidence) (ind. rég.) (s'il y a lieu) | Téléphone (travail) (ind. rég.) | Poste |
| Ville | Province | Code postal | |

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

English version available upon request

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.

Veillez transmettre ce formulaire par télécopieur au (418) 644-8659. Ce numéro est réservé à cette fin.

Service des contacts clients :

(418) 643-4881 (région de Québec),
1 800 463-5533 (ailleurs au Québec)

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