

RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE

Numéro d'assurance sociale				Date de naissance (jj/mm/aaaa)				Section Locale		Genre	
Nom de famille				Prénom				Deuxième nom			
Adresse											
Ville						Prov		Code Postal		Pays	
Email						Téléphone Primaire			Autre Téléphone		

► Veuillez choisir les éléments ci-dessous qui s'appliquent à cette autorisation

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Relevé annuel des prestations | <input type="checkbox"/> Estimation du montant de la retraite |
| <input type="checkbox"/> Rapport historique détaillé de travail | <input type="checkbox"/> Documentation d'élection d'option |
| <input type="checkbox"/> Rapport historique de travail | <input type="checkbox"/> Demande de prestation de retraite |
| <input type="checkbox"/> Rapport de Service Canada – l'histoire de l'emploi | <input type="checkbox"/> Documentation de cessation |
| <input type="checkbox"/> Lettre du paiement initial | <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez décrire) |
| <input type="checkbox"/> Documents de rupture de mariage | _____ |

► La période d'autorisation

- Pour cette demande seulement
- Jusqu'à ce que je retire le consentement ou que je cesse d'être membre (Remarque: Si vous n'êtes pas retraité, vous aurez la possibilité de nommer une nouvelle personne autorisée lorsque vous demanderez votre pension, ce qui remplacera toute personne précédemment autorisée.)

AUTORISATION ET SIGNATURE (CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE)

Je, _____ déclare que je suis un membre du LiUNA Pension Fund of Central and Eastern Canada et par la présente, je consens à la divulgation de renseignements concernant ma pension par le fonds à la personne ou au représentant, de l'organisation suivant.

Nom/Organisation et titre				
Adresse				
Ville		Prov	Code Postal	Pays
Signature du Membre			Date (jj/mm/aaaa)	
Signature du témoin (Le témoin ne peut pas être la personne autorisée par le membre).			Date (jj/mm/aaaa)	