

Renseignements du Membre					
Numéro de membre		Nom de famille		Prénom	
Date de naissance (dd/mm/aaaa)		Sexe M F	Courriel		
Adresse			Ville		Prov
Code Postal	Pays	Numéro de Téléphone (Résidence)	Cellulaire	Numéro de Téléphone de Jour	
Je consens à la divulgation des renseignements suivants:					
<input type="checkbox"/> Relevé annuel des prestations <input type="checkbox"/> Rapport historique détaillé de travail <input type="checkbox"/> Rapport historique de travail <input type="checkbox"/> Rapport de Service Canada – l'histoire de l'emploi <input type="checkbox"/> Lettre du paiement initial <input type="checkbox"/> Documents de rupture de mariage			<input type="checkbox"/> Estimation du montant de la retraite <input type="checkbox"/> Documentation d'élection d'option <input type="checkbox"/> Demande de prestation de retraite <input type="checkbox"/> Documentation de cessation <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez décrire) <hr/>		
Cette autorisation est valide:					
<input type="checkbox"/> Pour cette demande seulement <input type="checkbox"/> Jusqu'à ce que je retire le consentement ou que je cesse d'être membre					
Autorisation et Signature					
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		Province		Code Postal	Pays
Signature du membre				Date	
Signature du témoin (Le témoin ne peut pas être la personne autorisée par le membre)				Date	