LiUNA! Pension Fund
OF CENTRAL AND EASTERN CANADA

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE CONFIDENTIALITE

RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE

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

Je consens á la divulgation des renseignements suivants

- ☐ Relevé annuel des prestations
- ☐ Rapport historique détaillé de travail
- ☐ Rapport historique de travail
- ☐ Rapport de Service Canada – l'histoire de l'émploi
- ☐ Lettre du paiement initial
- ☐ Documents de rupture de mariage
- ☐ Estimation du montant de la retraite
- ☐ Documentation d'élection d'option
- ☐ Demande de prestation de retraite
- ☐ Documentation de cessation
- ☐ Autre (Veuillez décrire)

_____

Cette autorisation est valide

☐ 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 un 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

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/Organsation et titre			
Adresse			
Ville	Prov	Code Postal	Pays
Signature du Membre		Date (jj/mm/aaaa)	
Signature du témoin (Ce formulaire doit être signé en présence d'un témoin qui n'a aucun lien de parenté avec le membre.Le membre et le témoin doivent signer le même jour)		Date (jj/mm/aaaa)	

Office Address: 1315 North Service Rd. East, 6th Floor, Oakville, ON L6H 1A7 **Mailing Address:** PO Box 9002, Lakeshore West PO, Oakville, ON L6K 0G1

04/23 (3342) **T:** 289-291-3663 • **F:** 289-291-0651 • **Toll Free:** 1-866-932-1100 • **E:** pension_fund@lpfcec.org • **www.lpfcec.org**