

Formule 5A

DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Loi sur la pension de retraite des enseignants

Avant de remplir la présente formule, veuillez :

1. examiner votre feuillet estimatif de pension et vous y référer;
2. consulter le guide intitulé *La retraite en six étapes — Votre guide du régime de retraite T.R.A.F.*;
3. examiner tous les régimes facultatifs afin de les évaluer.

Renseignements

personnels

M^{lle} M^{me}

M. _____

Numéro d'assurance sociale

Date de naissance
(j-m-a)

Nom

Prénom

Second prénom

Adresse : rue

Ville

Province

Code postal

() _____ - _____
N° de téléphone à la
maison

() _____ - _____
N° de téléphone au
travail

État civil

marié(e)

conjoint(e) de fait

séparé(e)

célibataire

divorcé(e)

veuf (veuve)

Renseignements sur
le (la) conjoint(e) ou
le (la) conjoint(e) de fait :

Nom

Prénom

Second prénom

Numéro d'assurance sociale

Date de naissance
(j-m-a)

Date du mariage (du début de l'union de fait) : _____

Avez-vous eu une ou plusieurs ruptures de mariage ou d'union de fait après 1983?

oui non Si oui, veuillez indiquer les dates du début et de la fin des mariages ou des unions de fait :

Emploi

Nom de l'employeur actuel ou précédent

Date à laquelle le contrat
d'enseignement s'est terminé

Formule 5A (suite)

Régimes facultatifs

Veillez consulter le guide
La retraite en six étapes.

Si vous êtes célibataire :
 Régime A — Vie ordinaire
 Régime B — Garantie
de 10 ans

Si vous êtes marié(e) ou avez un(e) conjoint(e) de
fait :
 Régime A — Vie ordinaire
 Régime B — Garantie de 10 ans
 Régime C — Le tout au dernier survivant
 Régime D — 2/3 au dernier survivant
 Régime E — 1/2 au dernier survivant
 Régime F — 1/2 au bénéficiaire
 Régime G — 2/3 au bénéficiaire
 Régime H — Régime facultatif approuvé par la
Commission

Renseignements
relatifs au (à la)
bénéficiaire :

_____	_____	_____
Nom	Prénom	Second prénom
_____	_____	_____
Rue	Ville	Province
_____	(__) _____	(__) _____
Code postal	N° de téléphone à la maison	N° de téléphone au travail
_____	_____	_____
		Lien de parenté

Coordination

Coordonnez ma pension : non oui avec
 le RPC et la SV le RPC seulement
 la SV seulement

Choix réservé aux participants au régime D
 coordination — pension réversible coordination — une seule tête

**Autorisation du (de la)
conjoint(e) ou du (de la)
conjoint(e) de fait**

Je soussigné(e), _____, conjoint(e) ou conjoint(e) de
fait du (de la) participant(e) au régime, appose ma signature sachant ce qui suit :

La présente partie doit
être remplie sauf si
le (la) requérant(e)
choisit le régime D et ne
demande pas de
coordination.

- si je ne remplis pas cette partie, mon (ma) conjoint(e) ou mon (ma) conjoint(e) de fait doit choisir le régime D (2/3 au dernier survivant);
- il est possible de choisir un régime facultatif prévoyant un paiement de prestations de survivant supérieur ou inférieur au 2/3 au dernier survivant ou ne prévoyant aucune prestation de survivant.

Le (La) conjoint(e) ou
le (la) conjoint(e) de fait
doit signer cette partie en
présence d'un témoin
impartial et sans la
présence du (de la)
participant(e) au régime
de retraite.

_____	_____
Signature du (de la) conjoint(e) ou du (de la) conjoint(e) de fait	Date
_____	_____
Signature du témoin (personne autre qu'un membre de la famille)	Date

Formule 5A (suite)

**Signature du (de la)
participant(e) au
régime**

- Je comprends pleinement les dispositions du régime facultatif que j'ai choisi ainsi que l'incidence que celui-ci aura sur ma pension à mon décès ou à celui de mon (ma) bénéficiaire, le cas échéant.
- Il m'est interdit de changer de régime facultatif dès que commence le versement de ma pension.
- Sauf sous le régime A ou B, il m'est interdit de changer de bénéficiaire dès que commence le versement de ma pension.
- Mon contrat doit avoir pris fin avant que je sois admissible à une pension.

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts et complets.

Signature du (de la) requérant(e)

Date

Signature du témoin (personne autre qu'un membre de la famille)

Date
