

MEMBRE RÉGULIER FORMULAIRE D'ADHÉSION

Veillez imprimer, remplir (en caractère d'imprimerie) et nous retourner ce formulaire.

_____ *J'autorise l'APRFAE à transmettre les informations marquées d'un * à mon syndicat d'origine.*

SIGNATURE

*Nom : _____ femme homme
*Prénom : _____ Téléphone : _____ cel. : _____
*Adresse : _____ Date de naissance : _____
app. no civique rue AAAA/MM/JJ
_____ Courriel : _____
*Ville : _____
*Code postal : _____ Date de la prise de la retraite : _____

Membre régulier

Dernier employeur : _____
Dernier emploi occupé : _____
Quel est votre régime de retraite? (RREGOP, RRE, FFR, etc.) _____
Syndicat d'origine : _____

N.B. : « Ne peut être membre régulier : une personne qui est membre d'une association de personnes retraitées liée à une autre organisation de type syndical. »

Mode de paiement

RETENUE MENSUELLE OBLIGATOIRE À RETRAITE QUÉBEC (6,81 \$/mois)**

*** ce montant est sujet à une augmentation annuelle en septembre selon le taux d'augmentation de l'indice des rentes (TAIR) de l'année courante.*

Numéro d'assurance sociale : _____
Date : _____
Signature : _____

(Signature obligatoire afin d'autoriser Retraite Québec à divulguer tout changement d'adresse.)

Je pourrai en tout temps, après avis écrit de 30 jours à l'APRFAE, révoquer cette autorisation. L'APRFAE a la responsabilité d'en informer Retraite Québec qui est déchargée de toute responsabilité à cet égard.

Modes de transmission

Par envoi postal :

APRFAE
100-8550, boulevard Pie-IX
Montréal (Québec) H1Z 4G2
(Tél. : 514-666-6969)
(sans frais : 1-877-312-1727)



Par courriel

(document signé et numérisé)

retraites@aprfae.ca

ou

assurances@aprfae.ca

Par télécopieur :



(514) 666-6770