



IDENTIFICATION DU PARTICIPANT (svp remplir seulement les sections où il y a des changements)

Nom N° matricule N° d'assurance sociale Faculté ou Service

RÉGIME DE RETRAITE Changement du taux de cotisation Taux réduit vers le taux régulier

Je demande à cotiser au taux régulier à compter du : _____
(Ne peut pas être rétroactif)

RÉGIME DE RETRAITE Changement du ou des bénéficiaires

Les dispositions du Régime prévoient le versement de prestation de décès à mon conjoint ou ma conjointe selon la définition prévue au Régime.

Il est à noter que la prestation de décès est payable en priorité au conjoint ou à la conjointe, peu importe votre désignation sur ce formulaire. Toutefois, votre conjoint ou votre conjointe, pourrait renoncer à cette prestation. L'Université de Sherbrooke enregistre donc les désignations ou les changements de bénéficiaire, mais elle n'assume aucune responsabilité quant à leur validité ou leur suffisance.

Je nomme comme bénéficiaire :

_____ F H
Nom, prénom du conjoint Date de naissance du conjoint Sexe du conjoint

Toutefois, en l'absence de conjoint ou de conjointe qui satisfasse à une telle définition, je nomme comme bénéficiaire :

_____ Lien de parenté
Nom, prénom

_____ Lien de parenté
Nom, prénom

_____ Lien de parenté
Nom, prénom

De plus, à moins de stipulation contraire, je conserve le droit de changer de bénéficiaire sans son consentement.

DÉCLARATION ET AUTORISATION (à remplir obligatoirement)

Par la présente, je déclare que les renseignements inscrits sur le présent formulaire sont complets et véridiques.

J'autorise l'Université de Sherbrooke à retenir sur mon salaire les contributions qu'il me faut verser dû au changement de taux de cotisation.

_____ Date
Signature

Important: Vous devez transmettre la version originale de ce formulaire dûment signée au Service des ressources humaines.

Réservé à l'usage du Service des ressources humaines

SOFÉ: _____ SOFE-vérificateur : _____
ARIEL : _____ ARIEL-vérificateur : _____