

Adhésion – Système de décaissement pour le compte de cotisations volontaires

Écrire en caractères d'imprimerie, à l'encre noire ou bleu foncé

A Identification du participant			
Votre nom de famille		Votre prénom	
Votre numéro d'assurance sociale	Votre date de naissance Jour Mois Année	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Adresse de votre domicile (numéro, rue, appartement, case postale, route rurale)			
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone ind. rég.	Courrier électronique (facultatif) @		

B Utilisation de l'âge du conjoint pour établir le montant minimum des retraits annuels
<p>Si votre conjoint est moins âgé que vous, il est possible d'utiliser l'âge de votre conjoint afin de diminuer le montant minimum de vos retraits annuels. Ce choix est offert uniquement au moment de l'adhésion au décaissement.</p> <p>Cochez la case suivante si vous désirez utiliser l'âge de votre conjoint pour la détermination du montant minimum de vos retraits annuels :</p> <p><input type="checkbox"/> Utiliser l'âge de mon conjoint</p>

C Preuve(s) d'âge*
<p>Afin d'établir le montant minimum du retrait que vous devez faire pour une année donnée, veuillez fournir le(s) document(s) suivant(s) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une preuve officielle de votre date de naissance • Une preuve officielle de la date de naissance de votre conjoint, si vous avez coché la case « Utiliser l'âge de mon conjoint » à la section B <p>* Nous acceptons une photocopie du permis de conduire, de la carte d'assurance maladie, du passport ou du certificat de naissance délivré par le Directeur de l'état civil du Québec</p>

D Fréquence et mode de paiement
<p>La seule fréquence de paiement disponible est le retrait annuel.</p> <p>Indiquez le mode de paiement que vous désirez :</p> <p><input type="checkbox"/> Dépôt direct – Veuillez joindre un chèque personnalisé avec la mention « Annulé »</p> <p><input type="checkbox"/> Chèque – Sera expédié à l'adresse en dossier</p>

E Déclaration du participant
<p>Je déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du système de décaissement du RRTAP décrites dans la brochure explicative jointe à mon relevé de prestation.</p> <p>J'atteste l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Date</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Signature du participant</p>

VOUS DEVEZ TRANSMETTRE CE FORMULAIRE À AON
RRTAP
C.P. 2220, Succ. Don Mills
Toronto ON M3C 0M7

DES QUESTIONS?
Centre de contacts clients :
Téléphone : 1 866 874-4069 sans frais
Télécopieur : 514-845-0678
Courriel : rrtap@aon.ca