Régime complémentaire de rentes
des techniciens ambulanciers/paramédics
et des services préhospitaliers d'urgence

Modification de dates

des rapports mensuels soumis

NOM DU DEMANDEUR _____

TITRE _____

NUMÉRO D'ENTREPRISE | | | | | | | | | |

NOM DE L'ENTREPRISE _____

	Rapport mensuel visé	Date du premier jour de la première paie		Date du dernier jour de la dernière paie	
		ANCIENNE	NOUVELLE	ANCIENNE	NOUVELLE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

IMPORTANT	1. **Validez d'abord le maximum d'heures travaillées et les montants de cotisations pour chaque participant avant de remplir ce formulaire.** 2. **Veuillez justifier votre demande au verso de ce formulaire** 3. **Toute demande incomplète ou erronée vous sera retournée.**

Pour plus de détails, consultez…

Guide administratif | **Onglet 5 Paies**

Onglet 6, Partie II Rapports mensuels

Espace réservé à Aon Hewitt

Justification de votre demande

Signature du demandeur

Date

VOUS DEVEZ TRANSMETTRE CE FORMULAIRE À

RRTAP
C.P. 2220, Succ. Don Mills
Toronto (Ontario)
M3C 0M7

DES QUESTIONS?

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