

En tant que participant à l'un des régimes de retraite de la Ville de Montréal, vous pouvez autoriser le Bureau des régimes de retraite de Montréal à transmettre vos renseignements personnels uniquement à une personne physique ou à un représentant désigné de la Ville de Montréal, d'une association, d'un syndicat ou d'un organisme.

Remplir en majuscules :

1. Identification de la personne qui autorise de communiquer ses renseignements personnels

Nom :	Prénom :	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date de naissance : Année Mois Jour	Numéro matricule (9 chiffres) :	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse de résidence :		
<input type="text"/>		
Numéro	Rue	Appartement
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse courriel (facultatif) :		
<input type="text"/>		

2. Identification de la personne désignée à recevoir les renseignements personnels

Nom :	Prénom :	Organisme :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse :		
<input type="text"/>		
Numéro	Rue	Appartement
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro de téléphone :		
<input type="text"/>		
Adresse courriel :		
<input type="text"/>		

3. RENSEIGNEMENTS VISÉS

Cocher :

- Relevé de participation (toutes les années disponibles)
- Relevé de retraite
- Relevé de cessation de participation
- Relevé de conversion
- Propositions de rachat
- Évaluation - Partage de patrimoine

Autre :

J'autorise le Bureau des régimes de retraite de Montréal à communiquer les renseignements visés par la section 3 à la personne désignée à la section 2.

Cette autorisation :

- **annule** toute autorisation antérieure faite au même effet;
- **est valable** pour toute la durée du traitement de mon ou mes dossiers, à moins qu'elle ne soit révoquée par écrit;
- **ne confère pas** à la personne autorisée le pouvoir de me représenter ou d'agir en mon nom.

Date

Signature

Note : Vous devez faire parvenir ce formulaire dûment rempli et signé

Par la poste :

Bureau des régimes de retraite de Montréal
100 – 630, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3B 1S6

Par courriel selon le régime de retraite :

regimeretraite.cadres@montreal.ca

regimeretraite-contremaitres@montreal.ca

regimeretraite.colsblancs@montreal.ca

regimeretraite.colsbleus@montreal.ca

regimeretraite.pompiers@montreal.ca

regimeretraite-professionnels@montreal.ca