

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 :	Numéro matricule (9 chiffres) :						
<table><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Année	Mois	Jour	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Année	Mois	Jour					
Adresse de résidence :							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Numéro	Rue	Appartement					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Ville	Pays	Code postal					
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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro	Rue	Appartement
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Pays	Code postal
Numéro de téléphone :	Numéro de télécopieur :	
<input type="text"/>	<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@ville.montreal.qc.ca

regimeretraite.contremaitres@ville.montreal.qc.ca

regimeretraite.fonctionnaires@ville.montreal.qc.ca

regimeretraite.colsbleus@ville.montreal.qc.ca

regimeretraite.pompiers@ville.montreal.qc.ca

regimeretraite.professionnels@ville.montreal.qc.ca