

ENTENTE DE RÉCIPROCITÉ DU BAC
AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ ET DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

FONDS TEMPORAIRES

Veillez cocher toutes les cases pertinentes :

Le régime de retraite à prestations déterminées avec participation intitulé **RÉGIME DE RETRAITE DE LA CCQ**, auquel sont versées des cotisations liées à des travaux effectués sur le territoire relevant de la **section locale 07** du BAC, est domicilié au **1 100, rue Crémazie Est, bureau 720, Montréal (Québec) H2P 2X2.**

Le régime de retraite à cotisations déterminées avec participation [intitulé _____], auquel sont versées des cotisations liées à des travaux effectués sur le territoire relevant de la section locale du BAC _____, est domicilié au : _____

Le régime d'avantages sociaux flexibles et de santé et bien-être avec participation [intitulé **SANTÉ ET BIEN-ÊTRE QUÉBEC**, auquel sont versées des cotisations pour des travaux effectués sur le territoire relevant de la **section locale 07** du BAC, est domicilié au : **1 100, rue Crémazie Est, bureau 720, Montréal (Québec) H2P 2X2.**

J'accorde, en mon nom et de plein gré, cette autorisation, qui restera en vigueur jusqu'à ce que j'aie cessé de travailler dans le domaine couvert par ce régime de retraite ou de santé et bien-être pendant une période d'un an, ou jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel ma demande écrite visant à annuler cette autorisation aura été reçue par l'administrateur de ce régime de retraite ou de santé et bien-être.

Tous les renseignements demandés doivent être fournis.

SIGNATURE _____ DATE _____
(jour/mois/année)

NOM (LETTRES MOULÉES) _____ TÉLÉPHONE (DOMICILE) _____

ADRESSE (DOMICILE) _____

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE _____ DATE DE NAISSANCE _____

MEMBRE DE LA SECTION LOCALE **07 CN**
(section principale)

NOM DU FONDS PRINCIPAL (prestations déterminées) _____

FONDS PRINCIPAUX

X FONDS PRINCIPAL (PRESTATIONS DÉTERMINÉES) **BRICKLAYERS & TROWEL TRADES INTERNATIONAL PENSION FUND, 620 F. STREET N.W. WASHINGTON, D.C. 20004**

NOM DU FONDS PRINCIPAL
(cotisations déterminées) _____

ADRESSE DU FONDS PRINCIPAL
(cotisations déterminées) _____ TERRITOIRE _____
(ville) (état)/(province)

X NOM DU FONDS PRINCIPAL (SANTÉ ET BIEN-ÊTRE) **SECTION 7 WELFARE TRUST FUND, 616, RUE COOPER, OTTAWA (ONTARIO) K1R 5J2**

COURRIEL DU FONDS PRINCIPAL _____

REÇU PAR _____ DATE _____
(jours/mois/année)

ENVOYEZ LE FORMULAIRE À L'ADMINISTRATEUR DE RÉGIME CONCERNÉ IMMÉDIATEMENT APRÈS L'AVOIR SIGNÉ. ENVOYEZ-EN UNE COPIE AU CENTRE D'INFORMATION CHARGÉ DES ENTENTES DE RÉCIPROCITÉ.

Ce qui suit s'applique à toutes les ententes de réciprocité touchant les régimes de retraite :

Afin de recevoir des crédits de retraite dans mon ou mes fonds de retraite principaux alors que je travaille hors du territoire couvert par ces régimes, j'autorise par la présente le ou les régimes de retraite dont le nom figure ci-dessus à percevoir toutes les cotisations correspondant aux heures de travail que j'aurai cumulées dans le territoire couvert par le ou les régimes et à transférer ces heures et une somme d'argent équivalente dans mon ou mes fonds principaux. J'autorise aussi mon ou mes fonds principaux à accepter et à appliquer ces heures et ces sommes transférées conformément au règlement interne en vigueur, notamment tout règlement tenant compte d'une éventuelle différence dans les taux de cotisation entre le ou les régimes qui effectuent le transfert, d'une part, et mon ou mes fonds principaux, d'autre part.

Quant aux heures et aux sommes transférées conformément à cette autorisation, je renonce par la présente à toute réclamation faite en mon nom ou au nom des personnes à ma charge ou de mes ayants droit portant sur de quelconques prestations de retraite versées dans le cadre du ou des régimes de retraite dont le nom figure ci-dessus et dégage le ou les régimes de retraite et leurs fiduciaires de toute responsabilité.

La présente autorisation entrera en vigueur le premier jour du mois au cours duquel elle aura été signée, puis reçue par l'administrateur du ou des régimes de retraite dont le nom figure ci-dessus ou leur représentant désigné.

Les administrateurs de votre ou vos fonds de retraite principaux ont signé la présente entente de réciprocité. Il s'agit : A) du ou des régimes de retraite couvrant la section locale du BAC à laquelle vous appartenez, si vous participez à ce ou ces régimes ou si votre service y a été crédité, ou B) si A) ne s'applique pas, du ou des régimes de retraite auxquels vous participez actuellement ou pour lesquels votre service a été crédité.

REMARQUE : Si vous n'avez pas de fonds principal ou si vous participez au régime ou aux régimes de retraite couvrant la section locale du BAC à laquelle vous appartenez ou si votre service y a été crédité et si la présente entente de réciprocité ne touche pas le ou les régimes de retraite concernés, aucune somme ne pourra être transférée en vertu de la présente entente de réciprocité.

Attention : Si le fonds principal ne compte qu'un régime à prestations déterminées et que le régime avec participation compte en revanche un régime à prestations déterminées et un régime à cotisations déterminées, l'employé temporaire pourra choisir de ne transférer à son fonds principal que les sommes du régime à prestations déterminées du régime avec participation.

Toutes les sommes perçues localement pour les employés canadiens temporaires qui travaillent aux États-Unis doivent être transférées au régime à cotisations déterminées de l'IPF. Toutes les sommes versées localement pour les employés temporaires des États-Unis qui travaillent au Canada doivent être transférées au régime à cotisations déterminées de l'IPF.

Ce qui suit s'applique à toutes les ententes de réciprocité touchant les régimes de bien-être :

Afin de recevoir des crédits de santé et bien-être dans mon fonds de santé et bien-être principal alors que je travaille hors du territoire couvert par ce régime, j'autorise par la présente le régime de santé et bien-être dont le nom figure ci-dessus à percevoir toutes les cotisations correspondant aux heures de travail que j'aurai cumulées dans le territoire couvert par le régime et à transférer une somme d'argent équivalente à mon fonds principal. J'autorise également mon fonds principal à accepter et à appliquer ces heures et ces sommes transférées conformément à son règlement, notamment tout règlement tenant compte d'une éventuelle différence dans les taux de cotisation entre le régime qui procède au transfert, d'une part, et le fonds principal, d'autre part.

Quant aux heures et aux sommes transférées conformément à cette autorisation, je renonce par la présente à toute réclamation faite en mon nom ou au nom des personnes à ma charge ou de mes ayants droit portant sur de quelconques prestations de retraite versées dans le cadre du régime de santé et bien-être dont le nom figure ci-dessus et dégage le régime et ses fiduciaires de toute responsabilité.

La présente autorisation entrera en vigueur le premier jour du mois au cours duquel elle aura été signée, puis reçue par l'administrateur du régime de santé et bien-être dont le nom figure ci-dessus ou son représentant désigné.

Votre fonds principal est un régime de santé et bien-être dont les administrateurs ont signé la présente entente de réciprocité. Il s'agit : A) du régime de santé et bien-être couvrant la section locale du BAC à laquelle vous appartenez, si vous participez au régime ou si votre service y a été crédité, ou B) si A) ne s'applique pas, du régime de santé et bien-être auquel vous participez actuellement ou dans lequel votre service a été crédité.

Si l'IHF ou l'entente de réciprocité n'est pas en vigueur, toutes les sommes seront transférées au régime à cotisations déterminées de l'IPF.

REMARQUE : Si vous n'avez pas de fonds principal ou si vous participez au régime de santé et bien-être couvrant la section locale du BAC à laquelle vous appartenez ou si votre service y a été crédité et si la présente entente de réciprocité ne touche pas ce régime, aucune somme ne pourra être transférée en vertu de la présente entente de réciprocité.