



**Commission  
scolaire  
de Montréal**

3737 rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H1X 3B3

# INDEMNITÉ ou ALLOCATION DE RETRAITE (Transfert en REER des journées de maladie)

<b>MONTANT ADMISSIBLE :</b> _____ \$	CE MONTANT ADMISSIBLE N'EST PAS UNE CONTRIBUTION « REER » RÉGULIÈRE, EN LIEN AVEC L'AVIS DE COTISATION DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL.
<b>NOM DE FAMILLE</b> (en lettres moulées) : <u>  Lafleur  </u>	Si vous désirez la totalité du montant de votre banque de maladie, cochez la case « transférer en totalité ».
<b>PRÉNOM :</b> <u>  Violette  </u>	
<b>NUMÉRO D'ASS. SOCIALE :</b> <u>  222-333-444  </u>	Si vous désirez un montant partiel, inscrivez le montant et la différence de cette banque vous sera monnayée.
<b>ADRESSE :</b> <u>  3737, rue Sherbrooke est  </u>	
NUMÉRO CIVIQUE _____ RUE _____ APP. _____	
<u>  Montréal  </u> _____ <u>  Québec  </u> _____ <u>  H1X 3B3  </u>	
VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____	
<b>TÉLÉPHONE :</b> ( 514 ) _____ 596 - 6517 _____	

## FAIRE COMPLÉTER CETTE PARTIE PAR VOTRE INSTITUTION FINANCIÈRE

<b><u>T R A N S F É R E R À :</u></b>	
<b>NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE :</b> _____ Caisse populaire de mon quartier _____	
<b>ADRESSE :</b> _____ 10101, boul. Sherbrooke _____ _____ Succ. 1024, Montréal (Qc) _____	
<b>CODE POSTAL :</b> <u>  H1X H1X  </u>	
<b>NO DE CONTRAT REER :</b> _____ (à demander à mon institution financière) _____	

**REMARQUE :** Pour éviter tout retard dans le transfert, veuillez vous assurer de remplir complètement le formulaire et de fournir des renseignements exacts. Vous devez indiquer le nom de l'institution à l'ordre de qui le chèque doit être libellé. Veuillez fournir une adresse postale complète, avec le code postal. Si possible, indiquez le numéro de compte de votre REER. L'institution financière doit disposer de renseignements suffisants pour identifier votre paiement. De nombreuses institutions disposent d'un centre de traitement pour ces paiements; il est donc possible que le chèque ne soit pas acheminé directement à votre courtier ou agent.

Signature de l'employé(e) : \_\_\_\_\_ *Signature* \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ *du jour* \_\_\_\_\_