

FORMULAIRE DU NOUVEL EMPLOYÉ

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM : _____ PRÉNOM : _____ N.A.S. : _____
 ADRESSE : _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____
 VILLE : _____ PROVINCE : _____ TÉL. RÉSIDENCE : _____
 CODE POSTAL : _____ SEXE : F M LANGUE DE CORRESPONDANCE : Français Anglais
 DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ Autochtone N° de bande : _____ Non autochtone
 année mois jour
 ÉTAT CIVIL : Célibataire Conjoint(e) de fait Séparé(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Marié(e)

SECTION 2 – DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

NOM DU BÉNÉFICIAIRE : _____ PRÉNOM : _____
 Veuillez indiquer si le bénéficiaire est : révocable : la désignation du bénéficiaire peut être changée sans son consentement.
 Irrévocable : la désignation du bénéficiaire ne peut être changée sans son consentement.
REMARQUE : Au Québec, votre conjoint pourrait être votre bénéficiaire irrévocable.
 LIEN DE PARENTÉ AVEC L'EMPLOYÉ : _____
 Toute désignation de bénéficiaire est assujettie aux lois actuelles en vigueur. Si le bénéficiaire décède avant moi, la prestation de décès doit être versée à :
 Héritier légal Autre
 NOM DU BÉNÉFICIAIRE : _____ PRÉNOM : _____
 LIEN DE PARENTÉ AVEC L'EMPLOYÉ : _____
 Dans la majorité des juridictions en vertu de la loi pertinente, une portion ou la totalité de la prestation de décès est payable au conjoint nonobstant toute autre désignation de bénéficiaire.
 Si aucun bénéficiaire n'est indiqué, les prestations seront payables aux ayants droit du membre sous réserve des dispositions de la **Loi de 1985 sur les normes de prestations de pension et conformément aux règlements du régime.**

SECTION 3 – EMPLOYEUR

EMPLOYEUR : _____
 DATE D'EMPLOI : ____ / ____ / ____ *DATE D'ADHÉSION AU RBA : ____ / ____ / ____
 année mois jour année mois jour
 TAUX DE PARTICIPATION : 4,6 % 6,25 % 6,8 % 8,5 %
 OCCUPATION : _____ SOURCE DE FINANCEMENT DU SALAIRE MAIN Santé Autre
 SALAIRE ANNUEL : _____ TEMPS PLEIN TEMPS PARTIEL
 * Si l'employé vient d'atteindre 2 années consécutives de gains supérieurs à 35 % du MGA, cochez initialement _____

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

EMPLOYEUR PRÉCÉDENT MEMBRE DU RBA (veuillez vous assurer que le formulaire Terminaison d'emploi de l'ancien employeur a été envoyé au RBA).

- NOM DE L'ANCIEN EMPLOYEUR : _____
- DATE DE FIN D'EMPLOI : ____ / ____ / ____
 année mois jour
- AVEZ-VOUS DÉJÀ CONTRIBUÉ AU RBA? Oui Non
- TAUX DE PARTICIPATION : 4,6 % 6,25 % 6,8 % 8,5 %

EMPLOYEUR PRÉCÉDENT AUTRE

- NOM DE L'ANCIEN EMPLOYEUR : _____
- ÉTIEZ-VOUS EN CONGÉ SANS SOLDE : Oui Non
- AVIEZ-VOUS UN PLAN DE PENSION : Oui Non
- Si OUI, DÉSIREZ-VOUS EFFECTUER UN TRANSFERT? Oui Non
- Si OUI, MENTIONNEZ LE NOM DU RÉGIME : _____

INFORMATIONS GÉNÉRALES : La participation est obligatoire dès le début de l'emploi pour les cas suivants :

- Pour tous les employés qui ont conservé des acquis au RBA;
- Pour tous ceux qui ont terminé un emploi chez un employeur participant au RBA et qui réintègrent un poste chez un employeur participant à l'intérieur de deux mois suivant la date de fin d'emploi, et ce, selon les mêmes modalités que l'employeur précédent.

J'ai été informé des dispositions du régime de rente de mon employeur et j'en accepte les clauses et conditions. J'autorise mon employeur à retenir sur mon salaire les cotisations requises.

Signature de l'employé

Date

Signature de l'employeur

Date