



Régime complémentaire de rentes  
**des techniciens ambulanciers/paramédics  
et des services préhospitaliers d'urgence**

## Autorisation – cotisations volontaires additionnelles

### Renseignements personnels

Nom et prénom du participant

Numéro d'assurance sociale

### Autorisation

#### PRÉLÈVEMENT SUR LA PAIE

Je soussigné, \_\_\_\_\_, demande à mon employeur et l'autorise par la présente à retenir sur chacune de mes paies, la somme de \_\_\_\_\_ \$ ou \_\_\_\_\_ % à partir de  a a a a / m m / j j  et de verser ces cotisations volontaires additionnelles au régime.

#### MONTANT FORFAITAIRE (Le versement doit se faire par chèque au nom de l'employeur)

Je soussigné, \_\_\_\_\_, demande à mon employeur et l'autorise par la présente à verser la somme de \_\_\_\_\_ \$ à titre de cotisations volontaires additionnelles au régime.

a a a a / m m / j j

Signature du participant

Date

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE CONSERVÉ  
AUX DOSSIERS DE L'EMPLOYEUR

**IL NE DOIT PAS ÊTRE  
TRANSMIS À AON HEWITT**

#### DES QUESTIONS?

##### Centre de contacts clients :

Téléphone : **1 866 874-4069** sans frais

Télécopieur : **514 840-7780**

Courriel : **rrtap@aon.ca**