

LA RETRAITE PROGRESSIVE

La retraite progressive permet à un employé actif de 55 ans ou plus, après entente avec son employeur, de diminuer ses heures de travail (Référence : Règlement du RRMD, article 8-13). Pour combler l'impact d'une baisse de revenus, l'employé peut demander au RRMD de lui verser un montant forfaitaire annuel ne dépassant pas la limite fixée par la loi. Tout montant forfaitaire retiré sera considéré au moment définitif de la retraite de l'employé. Le versement du montant forfaitaire par le RRMD est applicable uniquement aux participants du Québec. Le retrait d'un montant forfaitaire par l'employé s'effectue sur une base volontaire et est limité à un retrait par année.

Durant la retraite progressive, la participation de l'employé au RRMD est établie selon le nouvel horaire de travail. Si l'horaire de travail devait occasionnellement varier légèrement, la cotisation se fera sur les heures effectivement travaillées, selon les mêmes modalités que les employés à temps partiel.

Aux fins du Régime d'assurance collective, le salaire servant au calcul du montant assuré et des primes pour les garanties vie est celui qu'aurait touché l'employé si son nombre d'heures de travail n'avait pas été diminué. Pour les garanties invalidité, le revenu servant au calcul du montant assuré est celui que touche réellement l'employé à l'égard du nombre d'heures réduit de ses heures de travail et les primes sont ajustées en conséquence.

Les conditions d'admissibilité sont les suivantes :

- Avoir plus de 55 ans et moins de 71 ans;
- Signer avec son employeur une entente de retraite progressive;
- Diminuer ses heures de travail;
- Avoir une date prévue de retraite.

Aux pages suivantes, on retrouve :

- Entente de retraite progressive;
- Demande annuelle de versement d'un montant forfaitaire en vertu d'une entente de retraite progressive (facultatif).

ENTENTE DE RETRAITE PROGRESSIVE

ENTRE :

NOM DE L'EMPLOYEUR

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR

CI-APRÈS APPELÉ : « **L'EMPLOYEUR** »

ET :

NOM DE L'EMPLOYÉ

NUMÉRO D'IDENTIFIANT

ADRESSE DE L'EMPLOYÉ

CI-APRÈS APPELÉ : « **L'EMPLOYÉ** »

Le genre masculin est utilisé dans le but d'alléger le texte.

ATTENDU QUE l'employé est âgé de 55 ans ou plus.

ATTENDU QUE l'horaire de travail de l'employé est actuellement de ____ heures par période de deux semaines.

ATTENDU QUE les parties aux présentes désirent modifier leurs obligations relatives à la prestation de travail de l'employé et établir une entente fixant les modalités durant la période de la retraite progressive.

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

1. DURÉE DE L'ENTENTE

Une entente de retraite progressive est conclue entre l'employé et l'employeur pour la période du _____ au _____.

date de début (lundi) date de fin (vendredi)

L'emploi de l'employé prend fin à la fin de la présente entente.

2. RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL

Le nombre d'heures de travail est réduit de ____ heures par période de deux semaines, pour la durée mentionnée au point 1. Le nouvel horaire de travail sera donc de ____ heures par période de deux semaines.

3. RÉMUNÉRATION

À la suite de la réduction du temps de travail, le salaire annuel de l'employé est ajusté en conséquence. L'employeur pourra modifier ce salaire dans le futur selon les conditions de travail applicables.

4. RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Les garanties vie sont basées sur le salaire qu'aurait reçu l'employé si son nombre d'heures de travail n'avait pas été réduit et les primes sont ajustées en conséquence.

Pour les garanties invalidité, le salaire servant au calcul du montant assuré et des primes afférentes est celui réellement versé à l'employé, selon son horaire de travail réduit.

Les primes d'assurance collective sont partagées entre l'employé et l'employeur, selon les modalités habituelles.

Durant l'entente, l'employé et l'employeur sont assujettis à toute modification du Régime d'assurance collective, notamment les modifications applicables au coût, aux protections et au partage des primes.

5. RÉGIME DE RENTES DU MOUVEMENT DESJARDINS

La cotisation au RRMD est établie sur le salaire versé à l'employé, selon ses heures travaillées. Aux fins du RRMD, l'employé devient un employé à temps partiel. La cotisation est partagée entre l'employé et l'employeur selon les pourcentages en vigueur.

Durant l'entente, l'employé et l'employeur sont assujettis à toute modification pouvant s'appliquer au RRMD, notamment au taux de cotisation et au Règlement du RRMD.

6. RETRAIT D'UN MONTANT FORFAITAIRE

L'employé du Québec pourra demander au RRMD un montant forfaitaire annuel. Le montant demandé ne doit pas dépasser le plus petit des montants suivants :

- 70 % de la réduction de la rémunération entraînée par la réduction du temps de travail durant l'année du retrait;
- 40 % du maximum des gains admissibles (MGA) de l'année du retrait ajusté proportionnellement au nombre de mois de l'année couverts par l'entente;
- la valeur de la rente acquise dans le RRMD.

Un seul retrait par année civile couverte par la présente entente est permis. L'employé devra faire une demande pour chaque retrait. Les retraits sont facultatifs.

7. FIN DE L'ENTENTE

L'entente cesse à la première période de paie qui suit celle où survient l'un des événements suivants :

- le nombre d'heures mentionné au point 2 est modifié;
- l'employé devient invalide;
- l'employé ne réside plus au Québec au sens de la Loi sur les impôts;
- la fin de l'emploi.

8. INFORMATION

L'employé déclare avoir eu le temps de prendre connaissance du présent document et d'obtenir toute information nécessaire.

L'employé déclare aussi qu'il consent librement et volontairement à la présente entente.

9. TRANSACTION

Les parties conviennent que le présent contrat constitue une transaction au sens du code civil, fait sans admission de responsabilité de la part des parties et ne peut en aucun cas être invoqué à titre de précédent.

10. CONFIDENTIALITÉ

L'employé s'engage à ne pas utiliser ni divulguer directement ou indirectement les renseignements confidentiels confiés ou révélés par l'employeur dans la mesure où l'utilisation ou la divulgation de telles informations pourraient être préjudiciables à l'employeur ou à tout autre organisme lui étant affilié et s'engage de plus à remettre à l'employeur tout document, écrit et matériel appartenant à l'employeur ou pouvant contenir de l'information confidentielle concernant ce dernier.

J'accepte les conditions de la présente entente.

Signature de l'employé
(Signature manuscrite seulement)

Date

Signature du responsable de l'employeur
(Signature manuscrite seulement)

Date

**La présente entente doit parvenir à CHACUNE
des entités suivantes en format PDF :**

Service aux participants du RRMD

Par la messagerie sécurisée via la section
[Nous joindre](#) sur le site Internet du RRMD au
rcd-dgp.com

ET

Centre de soutien Mouvement

Ajouter le fichier au Système multifonction RH
(Workday) : Renseignements personnels/Documents
du travailleur/Ajouter

INFORMATION ADDITIONNELLE

Service aux participants du RRMD

Du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h

Par téléphone

Nous appeler au 1 866 434-3166 ou au 514 285-3166

Par messagerie sécurisée

Nous écrire à partir de la section sécurisée [Nous joindre](#)
du site Internet du RRMD au rcd-dgp.com

**DEMANDE ANNUELLE DE VERSEMENT D'UN MONTANT FORFAITAIRE
EN VERTU D'UNE ENTENTE DE RETRAITE PROGRESSIVE
(applicable uniquement aux participants du Québec)**

Comme il est prévu dans l'entente de retraite progressive conclue avec mon employeur, je demande, par la présente, le versement d'un montant forfaitaire. Le montant demandé ne doit pas dépasser le plus petits des montants suivants :

- 70 % de la réduction de la rémunération entraînée par la réduction du temps de travail durant l'année du retrait;
- 40 % du maximum des gains admissibles (MGA) de l'année du retrait ajusté proportionnellement au nombre de mois de l'année couverts par l'entente;
- la valeur de la rente acquise dans le RRMD.

ANNÉE FISCALE VISÉE PAR LA DEMANDE DE MONTANT FORFAITAIRE

MONTANT DU VERSEMENT

- Montant maximal permis
- Montant spécifique de : _____ \$

MODALITÉS DE PAIEMENT

- Chèque avec retenues d'impôts
- Transfert au REER (non imposable)
Joindre formulaire T2151 ou formulaire de transfert équivalent
Nom de l'institution financière : _____

Je comprends que cette demande devra être formulée annuellement pour chaque année de l'entente où je désirerai obtenir un montant forfaitaire, le cas échéant.

Je comprends également que le versement que je recevrai de mon régime de retraite aura pour conséquence de réduire ma rente lors de la prise de ma retraite définitive.

Date (aaaa/mm/jj)	Signature du participant (signature manuscrite seulement)
Nom du participant :	En caractères d'imprimerie
Numéro d'identifiant :	
Adresse du participant :	

INFORMATION ADDITIONNELLE
Service aux participants du RRMD Du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h
Par téléphone Nous appeler au 1 866 434-3166 ou au 514 285-3166
Par messagerie sécurisée Nous écrire à partir de la section sécurisée Nous joindre du site Internet du RRMD au rcd-dgp.com

COMMENT TRANSMETTRE VOS DOCUMENTS
Par la messagerie sécurisée via la section Nous joindre sur le site Internet du RRMD au rcd-dgp.com
Par la poste ou par courrier interne Desjardins Assurances LEV 200 - 4 - B 200, rue des Commandeurs Lévis QC G6V 6R2