



Superannuation
Directorate

Direction des
pensions de retraite

P.O. Box 5010
Shediac N.B.
E4P 9B4

C.P. 5010
Shediac (N.-B.)
E4P 9B4

Date _____
Y-A M D-J

Superannuation No.
N° de pension de retraite _____

Subject: **Medical Examination**

Objet : **Examen médical**

Name - Nom	Paylist No. N° de la liste de paye	Dept. - Min.	PRI - CIDP - -
------------	---------------------------------------	--------------	-------------------

We have received an evidence/interpretation of a
medical examination undergone by

Nous avons reçu une preuve ou une interprétation
d'un examen médical subi par

on _____ .
Y - M - D

le _____ .
A - M - J

If _____

Si _____

intends to elect for previous service or wishes to
take advantage of a reciprocal transfer agreement,
please advise him to forward the election forms or
appendices as soon as possible. Normally, a
medical examination must not be undergone more
than ninety days before the date of an election.
(PSSA Section 31) (Reg. 43(1))

se propose d'opter pour son service antérieur, ou
désire transférer ses contributions selon un accord
réciproque de transfert, veuillez lui demander de
transmettre ses formulaires d'option ou appendices le
plus tôt possible. Normalement, l'examen médicale ne
doit pas avoir lieu plus de quatre-vingt-dix jours avant
la date d'exercice de l'option. (LPFP section 31) (Règ.
43(1))

Thank you for your co-operation.

Merci de votre collaboration.

Client Operational Services
Services opérationnels aux clients