



**ANNEXE A1**  
**(DEMANDE D'ESTIMATION AUX FINS DE TRANSFERT)**

**Objet :** Transfert du "Workers' Compensation Board Superannuation Plan" au gouvernement du Canada

**PARTIE I: RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ - GOUVERNEMENT DU CANADA**  
*(à remplir par le Secteur des Pensions de Retraite de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada)*

Nom de l'employé :  
Date de naissance de l'employé :  
Numéro de pension de l'employé :  
Nom du ministère :  
Date de début d'emploi :  
Date de début des cotisations (LPFP) :

Certifiés conformes par : (Nom et titre) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

**PARTIE II: AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ** *(à remplir par l'employé)*

Nom et adresse de l'employé :

J'autorise par la présente le Workers' Compensation Board à communiquer les renseignements nécessaires à la préparation d'une estimation aux fins de transfert, y compris mon numéro d'assurance sociale.

Il est entendu que le fait de remplir le présent formulaire ne constitue pas une demande de transfert. Pour être admissible à un transfert de fonds en vertu de l'entente de transfert du fonds de retraite, je dois remplir le formulaire **ANNEXE B1 (Demande de transfert des crédits de service)** pendant que je suis employé et que je participe activement au régime conformément à la *Loi sur la pension de la fonction publique*, dans les délais prescrits dans l'entente de transfert du fonds de retraite.

Signature de l'employé : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

N° de téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ N° de téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

**Une fois remplie, la partie II du présent formulaire doit être envoyée au :**

Client Services  
Workers' Compensation Board Superannuation Plan  
British Columbia Pension Corporation  
P.O. Box 9460, Stn Prov Govt  
Victoria, BC V8W 9V8

**PARTIE III: RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ - BRITISH COLUMBIA PENSION CORPORATION**

*(à remplir par la "British Columbia Pension Corporation")*

Nom de l'employeur participant :  
Numéro de référence de l'employé :  
Date de début d'emploi :  
Date d'adhésion au WCB Superann. Plan :  
Date de cessation d'emploi :  
Montant estimatif du transfert : \$ Calculé au :

Certifiés conformes par : (Nom et titre) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*