

**APPENDIX A1
(REQUEST FOR TRANSFER ESTIMATE)**

Re : Transfer from a Participating Employer to the Government of Canada

PART 1: EMPLOYEE INFORMATION - GOVERNMENT OF CANADA

(To be completed by the Superannuation Sector of Public Works and Government Services Canada)

Employee's Name :
Employee's Date of Birth :
Employee's Superannuation Number :
Name of Department :
Date Employment Commenced :
PSSA Contributor Effective :

Certified Correct by: (Print Name and Title) _____

Signature

Date

PART 2: EMPLOYEE'S AUTHORIZATION *(To be completed by the Employee)*

Employee's name and address :

I hereby authorize the Canada Post Corporation to release the information necessary to produce a transfer estimate, including my social insurance number.

I understand that completion of this document does not constitute a request for transfer. I am aware that, to become eligible for a transfer of funds under the terms of the pension transfer agreement, I must complete form APPENDIX B1 (*Request for Transfer of Service Credits*) while employed and an active contributor under the *Public Service Superannuation Act* and within the time limits set out in the pension transfer agreement.

Employee's signature : _____ **Date:** _____

Home Telephone : _____ **Business Telephone :** _____

Once Part 2 has been completed, this form should be forwarded to:

Canada Post Pension Administration Centre
PO Box 2073
Mississauga ON L5B 3C6

PART 3: EMPLOYEE INFORMATION - PARTICIPATING EMPLOYER

(To be completed by Canada Post Corporation)

Name of Participating Employer :
Employee's I. D. Number :
Date Employment Commenced :
Date of Enrolment in Pension Plan :
Date Employment Terminated :
Estimated Transfer Amount : \$ Calculated as of :

Certified Correct by: (Print Name and Title) _____

Signature

Date

(DEMANDE D'ESTIMATION AUX FINS DE TRANSFERT)

Objet : Transfert d'un employeur participant au gouvernement du Canada

PARTIE 1: 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 2: AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ (à remplir par l'employé)

Nom et adresse de l'employé :

J'autorise par la présente la Société canadienne des postes 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) : _____

Lorsque la partie 2 est remplie, faire parvenir le présent formulaire à :

**Centre administratif du régime de retraite de Postes Canada
C.P. 2073
Mississauga ON L5B 3C6**

PARTIE 3: RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ - EMPLOYEUR PARTICIPANT

(à remplir par la Société canadienne des postes)

Nom de l'employeur participant :
Numéro d'identification de l'employé :
Date de début d'emploi :
Date d'adhésion au régime de retraite :
Date de cessation d'emploi :
Montant estimatif du transfert : \$ Calculé au :

Certifiés conformes par : (Nom et titre) _____

Signature

Date