

APPENDIX A1
(REQUEST FOR TRANSFER ESTIMATE)

Re : Transfer from the Canadian Broadcasting Corporation to the Government of Canada

| | |
|--|-------------|
| PART I: EMPLOYEE INFORMATION - GOVERNMENT OF CANADA <i>(To be completed by the Superannuation Sector of Public Works and Government Services Canada)</i> | |
| 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) _____ | |
| _____ | _____ |
| <i>Signature</i> | <i>Date</i> |

| | |
|--|----------------------------|
| PART II: EMPLOYEE'S AUTHORIZATION <i>(To be completed by the Employee)</i> | |
| Employee's name and address : | |
| | |
| I hereby authorize the Canadian Broadcasting 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 <i>Public Service Superannuation Act</i> and within the time limits set out in the pension transfer agreement. | |
| Employee's signature : _____ | Date: _____ |
| Home Telephone : _____ | Business Telephone : _____ |

| |
|--|
| <u>Once Part II has been completed, this form should be forwarded to:</u> CBC Pension Board of Trustees P.O. Box 3220 Ottawa, Ontario K1Y 1E4 |
|--|

| | |
|---|--------------------|
| PART III: EMPLOYEE INFORMATION - CANADIAN BROADCASTING CORPORATION <i>(To be completed by the Corporation's Pension Plan Administrator)</i> | |
| Name of Participating Employer : | |
| Employee's Reference 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) _____ | |
| _____ | _____ |
| <i>Signature</i> | <i>Date</i> |

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

Object : Transfert de la Société Radio-Canada 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) :

Certifié conforme par : (Nom et titre) _____

Signature

Date

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

Nom et adresse de l'employé :

J'autorise par la présente la Société Radio-Canada 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 : _____

No de téléphone (domicile) : _____ No de téléphone (travail) : _____

Une fois la partie II remplie, le présent formulaire doit être envoyé à :

Conseil d'administration du régime de retraite de la SRC
C.P. 3220
Ottawa (Ontario) K1Y 1E4

PARTIE III: RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ - SOCIÉTÉ RADIO-CANADA
(à remplir par l'administrateur du régime de retraite de la Société)

Nom de l'employeur participant :

Numéro de référence 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 :

Certifié conforme par : (Nom et titre) _____

Signature

Date