

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

**FROM:** *Superannuation Plan for the Employees of the City of Fredericton*  
**TO:** *Public Service Superannuation Act*

<b>Employee's Name and Address:</b>	<b>Date:</b>
-------------------------------------	--------------

**EMPLOYEE'S AUTHORIZATION: (To be completed by the employee)**

I hereby authorize the Board of Administrators of the Superannuation Plan for the Employees of the City of Fredericton to release the information necessary to produce a transfer quotation, 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 pension 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 prescribed time limits.

**Signature of Employee:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Employee's Home Telephone:** \_\_\_\_\_ **Business Telephone:** \_\_\_\_\_

**EMPLOYEE INFORMATION:**

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

**Employee's Name:**

**Date of Birth:**

**Superannuation Sector of Public Works and Government Services Canada:**

Name of Employer:

Reference No:

Date of Hire:

Date of Enrolment in Pension Plan:

**Board of Administrators of the Superannuation Plan for the Employees of the City of Fredericton:**

Name of Employer:

Reference No:

Date of Hire:

Date of Enrolment in Pension Plan:

Date of Termination:

Estimated Transfer Amount: \$ \_\_\_\_\_ Calculated as of: \_\_\_\_\_

**WHEN COMPLETED, THIS FORM SHOULD BE FORWARDED TO:**

**Benefits Coordinator  
Human Resource Division  
City of Fredericton  
397 Queen Street, P.O. Box 130  
Fredericton, New Brunswick  
E3B 4Y7**

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

**DU :** Régime de retraite des employés de la ville de Fredericton

**À LA :** Loi sur la pension de la fonction publique

Nom et adresse de l'employé:	Date:
------------------------------	-------

### AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ: (À remplir par l'employé)

J'autorise par la présente le Conseil d'administration du Régime de retraite des employés de la ville de Fredericton à communiquer les renseignements nécessaires à la préparation d'une estimation aux fins de transfert, y compris mon numéro d'assurance sociale.

Je comprends que le fait de remplir ce document ne constitue pas une demande de transfert. Je sais que, pour devenir admissible à un transfert de fonds en vertu de l'entente de transfert réciproque, je dois remplir le formulaire *Annexe B1 (Demande de transfert des crédits de service)* pendant que je suis employé et que je suis un contributeur au sens de la *Loi sur la pension de fonction publique* et dans les délais prescrits.

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

N° de téléphone de l'employé (domicile) : \_\_\_\_\_ N° de téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT :

*(À remplir par le Secteur des Pensions de Retraite de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada)*

**Nom de l'employé :**

**Date de naissance :**

**Secteur des pensions de retraite de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada :**

Nom de l'employeur :

N° de référence :

Date d'embauche :

Date de l'adhésion au régime de retraite :

**Conseil d'administration du Régime de retraite des employés de la ville de Fredericton:**

Nom de l'employeur :

N° de référence :

Date d'embauche :

Date de l'adhésion au régime de retraite :

Date de cessation d'emploi :

Montant estimatif du transfert :

Calculé au :

**UNE FOIS REMPLI, CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE ENVOYÉ AU :**

**Coordonnateur des prestations  
Division des ressources humaines  
Ville de Fredericton  
397, rue Queen, C.P. 130  
Fredericton (Nouveau-Brunswick)  
E3B 4Y7**