

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

**Re : Transfer from the Communauté Urbaine de Montréal to the Government of Canada**

**PART I: 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 :

**Completed by: (Print Name and Title)** \_\_\_\_\_

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

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

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

Employee's name and address :

I hereby authorize the Managing Committee of the Régime de retraite des employés syndiqués de la Communauté Urbaine de Montréal 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 II has been completed, this form should be forwarded to:**

Lucie Tousignant  
Administration des régimes de retraite  
555 Gosford niveau - 1  
Montréal (Québec) H2Y 3Z1

**PART III: EMPLOYEE INFORMATION - LA COMMUNAUTÉ URBAINE DE MONTRÉAL**

*(To be completed by the Managing Committee of the Régime de retraite (the Plan))*

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

**Completed by: (Print Name and Title)** \_\_\_\_\_

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

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

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

**Objet : Transfert de la Communauté Urbaine de Montréal 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 Comité de gestion du Régime de retraite des employés syndiqués de la Communauté Urbaine de Montréal 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 à :**

**Lucie Tousignant  
Administration des régimes de retraite  
555 Gosford niveau - 1  
Montréal (Québec) H2Y 3Z1**

**PARTIE III: RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ - LA COMMUNAUTÉ URBAINE DE MONTRÉAL**  
***(à remplir par le Comité de gestion du Régime de retraite)***

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

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

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

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