

APPENDIX A1
(REQUEST FOR TRANSFER ESTIMATE)

Re : Transfer from Concacan Inc. 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 Concacan Inc. 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 be an eligible employee as defined in this agreement and I must complete form **APPENDIX B1 (Request for Transfer of Service Credits)** 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:

Concacan Inc.
Micheline Dubé MBA CGA
Directrice de l'administration
2500 Don Reid Drive
Ottawa ON K1H 2J2

PART III: EMPLOYEE INFORMATION - CONCACAN INC.

(To be completed by the Administrator of the Pension Plan)

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

Calculated as of: _____ (YY/MM/DD)

Completed by: (Print Name and Title) _____

Signature

Date

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

Objet : Transfert de Concacan Inc. au gouvernement du Canada

PARTIE I: RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ - GOUVERNEMENT DU CANADA

(à remplir par le Secteur des pensions de retraite, 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) :

Remplie par : (Nom et titre en lettres moulées) _____

Signature

Date

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

Nom et adresse de l'employé :

J'autorise par la présente Concacan Inc. 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. Je suis conscient(e) que, pour devenir admissible à un transfert de fonds en vertu des conditions de l'accord de transfert de pensions, je dois être un(e) employé(e) admissible selon la définition de cet accord, et je dois remplir le formulaire intitulé **Demande de transfert de crédits de service – Annexe B1** dans le délai prescrit dans l'accord de transfert de pensions.

Signature de l'employé : _____ Date : _____

N° de téléphone (domicile) : _____ N° de téléphone (travail) : _____

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

Concacan Inc.
Micheline Dubé MBA CGA
Directrice de l'administration
2500, promenade Don Reid
Ottawa ON K1H 2J2

PARTIE III: RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ - CONCACAN INC.

(à remplir par l'administrateur du Régime de retraite)

Nom de l'employeur :
Numéro de fonds de pension de l'employé :
Date de début d'emploi :
Date d'adhésion au Régime :
Date de cessation d'emploi :
Montant estimatif du transfert :

\$ Calculé le : (AA/MM/JJ)

Remplie par : (Nom et titre en lettres moulées) _____

Signature

Date