

APPENDIX A1
(REQUEST FOR TRANSFER ESTIMATE)

Re : Transfer from the Confederation to the Government of Canada

EMPLOYEE INFORMATION:

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

Employee's name:
Employee's birthdate:
Employee's pension plan number:
Name of department or agency:
Date of hire:
Date of enrolment in the PSSA:

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

Employee's name and address:

I hereby authorize the Pension Committee of the pension plan for employees and officers of the Confederation of National Trade Unions and its Affiliated Agencies 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 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.

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

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

THIS FORM SHOULD BE FORWARDED BY THE EMPLOYEE TO:

*Pension Committee of the pension plan for employees and officers of the Confédération
of National Trade Unions and its Affiliated Agencies
160 Lorimier Avenue
Montréal, Quebec H2K 4M5*

EMPLOYEE INFORMATION:

(To be completed by the Pension Committee)

Name of employer (affiliated organization):
Employee's reference number:
Date of hire:
Date of enrolment in pension plan:
Date of termination of employment:
Estimated transfer amount: \$ _____ **Calculated on:** _____

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

Objet : Transfert de la Confédération au gouvernement du Canada

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ :

(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 :

N° de pension de retraite de l'employé :

Nom du ministère ou organisation :

Date d'embauche :

Date d'adhésion au LPFP :

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

Nom et adresse de l'employé :

J'autorise par la présente le Comité de retraite du Régime complémentaire de retraite des personnes salariées et officières de la Confédération des syndicats nationaux et de ses organismes affiliés 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 ce formulaire ne constitue pas une demande de transfert. Pour être 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 contributeur active au termes de la *Loi sur la pension de la fonction publique*, dans les délais prescrits.

Signature de l'employé : _____ **Date:** _____

N° de téléphone de l'employé (domicile) : _____ **N° de téléphone (travail) :** _____

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE ENVOYÉ PAR L'EMPLOYÉ AU:

*Comité de retraite du Régime complémentaire de retraite des personnes salariées et officières
de la Confédération des syndicats nationaux et de ses organismes affiliés,
160, avenue de Lorimier,
Montréal (Qué.) H2K4M5*

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ :

(À remplir par le Comité de retraite)

**Nom de l'employeur (organisme
affilié) :**

N° de référence de l'employé :

Date d'embauche :

Date d'adhésion au régime de retraite :

Date de cessation d'emploi :

Montant estimatif du transfert : \$

Calculé au :