

APPENDIX A1
(REQUEST FOR TRANSFER ESTIMATE)

Re: Transfer of service credits from the Régime de rentes pour les Employés membres du Syndicat des travailleurs de l'information du Journal de Montréal (the Plan) to the *Public Service Superannuation Act* (the Act)

Employee's Name and Address:	Date:
-------------------------------------	--------------

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

I hereby authorize the Pension Committee 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 reciprocal 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 :** _____

EMPLOYEE INFORMATION:

(To be completed by the appropriate Plan Administrator)

Employee's Name:

Date of Birth:

Government of Canada: Name of Employer:
Reference No:
Date of Hire:
Date of Enrolment in Pension Plan:

Pension Committee: Name of Employer:
Reference No:
Date of Hire:
Date of Enrolment in Pension Plan:
Date of Termination:
Credited service:
Estimated Transfer Amount: \$ _____ Calculated as of: _____

WHEN COMPLETED, THIS FORM SHOULD BE FORWARDED TO:

Comité de retraite (STIJM)
c/o Communications Québecor inc.
612, Rue Saint-Jacques
Montréal, Québec
H3C 4M8

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

Objet : Transfert des crédits de service du Régime de rentes pour les Employés membres du Syndicat des travailleurs de l'information du Journal de Montréal (le Régime) à la Loi sur la pension de la fonction publique (la Loi)

Nom et adresse du participant :	Date:
--	--------------

AUTORISATION DU PARTICIPANT: (À remplir par le participant)

J'autorise par la présente le Comité de retraite 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 participant actif au sens de la Loi sur la pension de la fonction publique et dans les délais prescrits.

Signature du participant : _____ **Date:** _____

N° de téléphone du participant (domicile) : _____ **N° de téléphone (travail) :** _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT :
(À remplir par l'administrateur du régime approprié)

Nom du participant :

Date de naissance :

Gouvernement du Canada : Nom de l'employeur :

N° de référence :

Date d'embauche :

Date de l'adhésion au régime de retraite :

Comité de retraite :

Nom de l'employeur :

N° de référence :

Date d'embauche :

Date de l'adhésion au régime de retraite :

Date de cessation d'emploi :

Année(s) de service reconnu :

Montant estimatif du transfert :

Calculé au :

UNE FOIS REMPLI, CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE ENVOYÉ AU :

Comité de retraite (STIJM)
a/s Communications Québecor inc.
612, rue Saint-Jacques
Montréal (Québec)
H3C 4M8