APPENDIX A1
(REQUEST FOR TRANSFER ESTIMATE)

Re : Transfer from the Mouvement Desjardins 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 le Comité de retraite du Mouvement Desjardins 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:
Administration des régimes collectifs et prestations des rentes
Réseau Desjardins
Desjardins Sécurité financière
200, avenue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

PART III: EMPLOYEE INFORMATION - Mouvement Desjardins
(To be completed by the Pension Committee)

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 du Mouvement Desjardins 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 retraite du Mouvement Desjardins 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 la présente 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 la présente entente de transfert du fonds de retraite.

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

Nº de téléphone (domicile) : _____ **Nº de téléphone (travail) :**_____

Une fois remplie, la partie II du présent formulaire doit être envoyée à :
Administration des régimes collectifs et prestations des rentes
Réseau Desjardins
Desjardins Sécurité financière
200, avenue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

PARTIE III: RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ - Mouvement Desjardins
(à remplir par le Comité de retraite)

Nom de l'employeur :

Numéro de référence de l'employé :

Date de début d'emploi :

Date d'adhésion au régime de retraite :

Date de cessation d'emploi :

Montant estimatif du transfert : $ Calculé au :

Certifiés conformes par : (Nom et titre) _____

_____ _____

Signature *Date*