

APPENDIX A1
(REQUEST FOR TRANSFER ESTIMATE)

**Re : Transfer from the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 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 :

Certified Correct 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 Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 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:

**Director, Corporate Affairs
Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
774 Echo Drive
Ottawa, Ontario K1S 5N8**

PART III: EMPLOYEE INFORMATION - THE COLLEGE

(To be completed by the Plan Administrator)

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 :

Certified Correct by: (Print Name and Title) _____

Signature

Date

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

**Objet : Transfert du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada
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) :

Certifié conforme par : (Nom et titre) _____

Signature

Date

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

Nom et adresse de l'employé :

J'autorise par la présente le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada 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 au :

**Directeur des affaires corporatives
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
774, promenade Echo
Ottawa (Ontario) K1S 5N8**

PARTIE III: RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ - LE COLLÈGE
(à remplir par l'administrateur du Régime)

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 :

Certifié conforme par : (Nom et titre) _____

Signature

Date