

**APPENDIX A1**  
**(REQUEST FOR TRANSFER ESTIMATE)**

**Re : Transfer from the Université Laval 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 Comité de retraite (Pension Committee) of the Régime de retraite des employés et employées de l'Université Laval (**RREEUL Plan**) 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:**

**Régime de retraite des employés et employées de l'Université Laval**  
**Bureau de la retraite**  
**Pavillon Maurice-Pollack, bureau 3121**  
**Cité universitaire**  
**Quebec City, QC G1K 7P4**

**PART III: EMPLOYEE INFORMATION - RREEUL**

*(To be completed by the Régime de retraite des employés et employées de l'Université Laval)*

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 de l'Université Laval 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 Régime de retraite des employés et employées de l'Université Laval 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 :**

**Régime de retraite des employés et employées de l'Université Laval**  
**Bureau de la retraite**  
**Pavillon Maurice-Pollack, bureau 3121**  
**Cité universitaire**  
**Québec (Québec) G1K 7P4**

**PARTIE III: RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ - RREEUL**  
*(à remplir par le Régime de retraite des employés et employées de l'Université Laval)*

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*