

APPENDIX A1
(REQUEST FOR TRANSFER ESTIMATE)

Re : Transfer from the Université de Moncton 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 Université de Moncton 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 pension et Services financiers
Assomption Vie
C.P. 160 / 770, rue Main
Moncton NB E1C 8L1*

PART III: EMPLOYEE INFORMATION - THE UNIVERSITÉ DE MONCTON

(To be completed by the Pension Committee for the Régime de pension pour le personnel de soutien, les techniciens et techniciennes et le personnel administratif ou professionnel de l'Université de Moncton)

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 de Moncton 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: AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ (à remplir par l'employé)

Nom et adresse de l'employé :

J'autorise par la présente l'Université de Moncton 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 pension et Services financiers
Assomption Vie
C.P. 160 / 770, rue Main
Moncton NB EIC 8L1

PARTIE III: RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ - L'UNIVERSITÉ DE MONCTON
(à remplir par le Comité de retraite du Régime de pension pour le personnel de soutien, les techniciens et techniciennes et le personnel administratif ou professionnel de l'Université de Moncton)

Nom de l'employeur :
Numéro de référence de l'employé :
Date de début d'emploi :
Date d'adhésion au Régime de pension :
Date de cessation d'emploi :
Montant estimatif du transfert : \$ Calculé au :

Certifié conforme par : (Nom et titre) _____

Signature

Date