

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

**Re: Transfer of service credits from the Régime complémentaire de retraite des employés de la Ville de St-Hubert (the Plan) to the *Public Service Superannuation Act* (the Act)**

<b>Employee's Name and Address:</b>  	<b>Date:</b>  
---	----------------------

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

I hereby authorize the City of St-Hubert 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 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:**

Service des ressources humaines  
Ville de St-Hubert  
5245, boulevard Cousineau, bureau 2000  
St-Hubert, Québec  
J3Y 7K8

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

**Objet : Transfert des crédits de service du Régime complémentaire de retraite des employés de la Ville de St-Hubert (le Régime) à la Loi sur la pension de la fonction publique (la Loi)**

<b>Nom et adresse du participant :</b>	<b>Date:</b>
--	--------------

**AUTORISATION DU PARTICIPANT: (À remplir par le participant)**

J'autorise par la présente la Ville de St-Hubert 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 :

**La Ville de St-Hubert :** 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 :**

Service des ressources humaines  
Ville de St-Hubert  
5245 boulevard Cousineau, bureau 2000  
Saint-Hubert (Québec)  
J3Y 7K8