

DEMANDE DE PARTICIPATION À L'ENTENTE RÉCIPROQUE DE TRANSFERT



Entre
Le Régime de retraite des employés à temps partiel et saisonniers de la province du Nouveau-Brunswick
(le « Régime des employés à temps partiel »)
et
Le Régime à risques partagés de certains employés syndiqués des hôpitaux du Nouveau-Brunswick
(le « Régime de CES »)

Section 1 - À remplir par le demandeur

Prénom : _____ Nom de famille : _____

NAS (facultatif) : ____ / ____ / ____ No. de référence de Vestcor : _____ OU No. d'employé : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Correspondance demandée en : Anglais Français
(Joindre une copie de la preuve de naissance – obligatoire)

Est-ce que vous prenez votre retraite? Oui* Non Si oui, indiquer la date de retraite : ____ / ____ / ____
*votre demande sera accordée priorité JJ MM AAAA

Adresse : _____

Téléphone : _____ Employeur : _____

Courriel : _____

CONSENTEMENT À LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE : Vestcor utilisera les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire pour les fins suivantes : identifier l'employé qui présente la demande et l'employeur; déterminer les préférences linguistiques; confirmer les antécédents d'emploi et la participation au régime de pension; déterminer l'admissibilité, le coût du transfert du service et le service qui serait crédité; communiquer avec l'employé ou l'employeur, au besoin; et en définitive, s'assurer que le régime de pension est administré conformément à ses documents constitutifs et aux lois qui s'appliquent. Les renseignements peuvent être communiqués à la Société Financière Manuvie afin de traiter le transfert et à l'Agence du revenu du Canada si la loi l'exige. Si vous avez des questions sur la collecte et l'utilisation de ces renseignements, n'hésitez pas à communiquer avec l'équipe des Services aux membres de Vestcor par la poste (C.P. 6000, Fredericton, Nouveau-Brunswick E3B 5H1), par téléphone (506-453-2296 ou 1-800-561-4012) ou par courriel (info@vestcor.org). De plus, veuillez prendre note que l'énoncé de Vestcor sur la protection des renseignements personnels se trouve ici : www.vestcor.org/reenseignements-personnels.

AUTORISATION : Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes.

Signature : _____ Date : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

Section 2 - À remplir par l'employeur

Transfert du (régime de départ) :

Le Régime de retraite des employés à temps partiel et saisonniers du Nouveau-Brunswick

Le Régime à risques partagés de certains employés syndiqués des hôpitaux du Nouveau-Brunswick

Date d'adhésion au régime de départ : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

Salaire à la quinzaine à la date de la demande : _____

Transfert au (régime d'arrivée) :

au Le Régime à risques partagés de certains employés syndiqués des hôpitaux du Nouveau-Brunswick

OU

au Le Régime de retraite des employés à temps partiel et saisonniers du Nouveau-Brunswick

Date d'adhésion au régime d'arrivée : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

Signature de l'employeur _____ Date : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à :
Vestcor
C.P. 6000, Fredericton, NB E3B 5H1
Télécopieur : 506-457-7388

Pour plus d'informations, veuillez contacter Vestcor à :
Téléphone : 506-453-2296 ou 1-800-561-4012 (sans-frais)
Courriel : info@vestcor.org
Site Web : vestcor.org