

# 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 des employés des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, membres du SFCP (le « Régime à risques  
partagés des hôpitaux du SFCP »)

## 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

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, le service qui serait crédité et tout montant manquant; 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](mailto: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](http://www.vestcor.org/reenseignements-personnels).

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

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 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 des employés des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, membres du SFCP

Date d'adhésion au régime de départ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Salaire à temps plein la quinzaine à la date de la demande : \_\_\_\_\_

Signature de l'employeur \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Transfert au (régime d'arrivée) :

- au Le Régime à risques partagés des employés des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, membres du SFCP
- OU
- au Le Régime de retraite des employés à temps partiel et saisonniers du Nouveau-Brunswick

Date d'adhésion au régime d'arrivée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à :  
Vestcor  
P.O. Box 6000, Fredericton, NB E3B 5H1  
Fax: 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](mailto:info@vestcor.org)  
Site Web : [vestcor.org](http://vestcor.org)