

# 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 SCFP  
(le « Régime à risques partagés des hôpitaux du SCFP »)

## SECTION A (à remplir par le demandeur)

Correspondance demandée en :  français  anglais

VOUS PRENEZ VOTRE RETRAITE?  oui\*  non

Si oui, indiquez la date de départ à la retraite \_\_\_\_\_

\* Priorité sera donnée à votre demande

Prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

Adresse du demandeur : \_\_\_\_\_

Nom de famille du demandeur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

(attachez une copie d'une preuve de la date de naissance - obligatoire)

Employeur : \_\_\_\_\_

No de téléphone du demandeur : \_\_\_\_\_

Adresse courriel du demandeur : \_\_\_\_\_

Signature du demandeur

Date de la demande

## SECTION B (à remplir par l'employeur)

Transfert du (régime de départ):

Transfert au (régime d'arrivée):

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

au

Le Régime à risques partagés des employés des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, membres du SCFP

OU

Le Régime à risques partagés des employés des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, membres du SCFP

au

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

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

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

Salaire à la quinzaine à la date de la demande \_\_\_\_\_

Signature de l'employeur

Date

Faire parvenir le formulaire dûment complété (sections A & B) à la:

Vestcor  
C.P. 6000, Fredericton (N.-B.) E3B 5H1

VESTCOR

novembre 2016