

DEMANDE DE PARTICIPATION À L'ENTENTE RÉCIPROQUE DE TRANSFERT - RACHAT D'UN ÉCART DE SERVICE



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 »)

NOTA : Vestcor traitera seulement cette demande lorsque le transfert initial des avoirs du demandeur du Régime des employés à temps partiel au Régime à risques partagés des hôpitaux du SCFP aura été complété.

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
JJ MM AAAA

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 : _____

Date approximative que le transfert initial a été complété : ____ / ____ / ____ Employeur : _____
JJ MM AAAA

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 rachat de l'écart de service et l'écart de 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 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/renseignements-personnels.

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

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

Section 2 - À remplir par l'employeur

Date d'adhésion au régime de départ : ____ / ____ / ____ Date d'adhésion au régime d'arrivée : ____ / ____ / ____
(Le Régime des employés à temps partiel) (Le Régime à risques partagés des hôpitaux du SCFP)
JJ MM AAAA JJ MM AAAA

Salaire à temps plein à la quinzaine à la date de la demande de rachat de l'écart de service : _____

Afin de déterminer le montant total de l'écart de service qui peut être racheté par le demandeur en vertu du Régime à risques partagés des hôpitaux du SCFP, l'employeur devra fournir à Vestcor les documents suivants (si possible, fournir ces documents sous forme électronique) :

- Rapport de retenues (si disponible) ou rapport des gains à la quinzaine pour la période durant laquelle le demandeur participait au Régime des employés à temps partiel; et
- Salaire à temps plein à la quinzaine pour la période durant laquelle le demandeur participait au Régime des employés à temps partiel

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