FORMULAIRE DE CESSATION D'EMPLOI

(Veuillez remplir le présent formulaire en inscrivant ou en imprimant les renseignements à l'encre noire ou bleu foncé.)

Veuillez prendre note qu'aucune prestation ne sera versée tant que le présent formulaire n'aura pas été rempli et retourné à Vestcor.

Section 1 - Genre de demande (à remplir par **l'employeur**)

☐ **RETRAITE** ☐ **CESSATION D'EMPLOI** ☐ **DÉCÈS DE L'EMPLOYÉ ACTIF**

☐ **TRANSFERT D'EMPLOI*** ☐ **PENSION D'INVALIDITÉ** (enseignants seulement)

* Si le transfert a lieu dans les services publics, veuillez indiquer l'employeur auprès duquel le demandeur est transféré (veuillez remplir la section 2 seulement). _____

Section 2 - Renseignements sur le participant (à remplir par **l'employeur**)

Nom : _____ Nom de famille : _____ Date de naissance : ____ / ____ / _____
Jour Mois Année

NAS (facultatif) : ____ / ____ / ____ Numéro de référence de Vestcor : _____ **OU** Numéro de l'employé : _____

Téléphone : _____ Langue préférée du demandeur : ☐ Anglais ☐ Français

Courriel : _____ Date de cessation d'emploi : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

Adresse (domicile) : _____ Date de début de la retraite : _____ / _____
(le cas échéant) Mois Année

Ville : _____ Salaire à la quinzaine actuel : _____ $
(veuillez indiquer le montant équivalent à temps plein s'il est moins qu'à temps plein.)

Province :_____ Code postal : _____ L'employé est-il est en congé? Oui ☐ Non ☐

Employeur actuel : _____
(Veuillez être précis en indiquant le nom du département, du district scolaire, de la corporation hospitalière, de la société d'État, etc.)

Section 3 - Documents nécessaires (à remplir et à annexer au présent formulaire par **l'employé**)

Obligatoires

- ☐ Preuve de la date de naissance
- ☐ Preuve de la date de naissance du conjoint
  (certains montants découlant d'une forme facultative de pension sont établis en fonction de l'âge du conjoint)
  - ☐ S.O. – Aucun conjoint
- ☐ Preuve de mariage ou d'union de fait
- ☐ Formulaire de virement automatique/chèque annulé

Le cas échéant

- ☐ Formulaires TD1 (s'ils ne sont pas joints, l'exemption de base s'appliquera)
- ☐ Carte de changement de bénéficiaire
- ☐ Formulaire de transformation de l'assurance-vie collective
- ☐ Formulaire de transfert – régimes de soins de santé, de voyages et de soins dentaires
- ☐ Formulaire d'assurance collective du RPENB
  (enseignants seulement)

Section 4 - Signatures (Veuillez noter que les signatures électroniques ne sont pas acceptées. Les signatures manuscrites sont **requises**).

CONSENTEMENT À LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE : Les renseignements personnels figurant sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur les prestations de pension*, S.N.B. 1987, c. P-5.1, art. 14, 18 et 41(7). Ces renseignements seront utilisés par Vestcor pour s'assurer que le régime de retraite est administré conformément à la *Loi sur les prestations de pension* et à ses règlements, ainsi qu'aux documents constitutifs du régime de retraite. Si vous avez des questions sur la collecte et l'utilisation de ces renseignements, communiquez avec l'équipe des Services aux membres de Vestcor, par la poste à l'adresse suivante : C.P. 6000, Fredericton (N.-B.) E3B 5H1, par téléphone au (506) 453-2296 ou au 1-800-561-4012, ou par courriel à info@vestcor.org.

AUTORISATION : Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Nom du représentant de l'employeur (en caractère d'imprimerie) : _____

Signature du représentant de l'employeur : _____ Date : _____

Signature de l'employé : _____ Date : _____

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à :

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

Courriel : info@vestcor.org
Télécopieur : 506-457-7388

Téléphone : 506-453-2296
Sans frais : 1-800-561-4012
Site Web : www.vestcor.org/pensionsfr

Septembre 2022