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**)

Prénom : _____

Nom de famille : _____

NAS : _____ - _____ - _____ Date de naissance : _____ /_____ /_____
Jour Mois Année

Téléphone : _____

Courriel :_____

Addresse (domicile) :_____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Langue préférée du demandeur : ☐ Anglais ☐ Français

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

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

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

L'employé est-il est en congé? ☐ Oui ☐ Non

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

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

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

Signature de l'employé : _____ Date : _____

Veuilllez retourner le formulaire dûment rempli le plus tôt possible 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/pensions