

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