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

NAS (facultatif) : ____ / ____ / ____ No. de référence de Vestcor : _____ **OU** No. d'employé : _____

Téléphone : _____ Correspondance demandée en : ☐ Anglais ☐ Français

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

Employeur actuel : _____ Date de début de la retraite : _____/_____
(Veuillez être précis en indiquant le nom du ministère, du district scolaire, de la corporation hospitalière, de la société d'État, etc.) (le cas échéant) Mois Année

L'employé est-il est en congé? ☐ Oui ☐ Non Salaire à la quinzaine actuel : _____ $
(Veuillez indiquer le montant équivalent à temps plein s'il est moins qu'à temps plein.)

Adresse (domicile) : _____

SOINS DENTAIRES (Requis pour les demandes de retraite <u>SEULEMENT</u>)

Veuillez confirmer si l'employé a/avait accès à des soins dentaires dans le cadre de leur emploi, ce qui leur donnerait également accès à des avantages sociaux pour les retraités. Veuillez noter que **<u>la réponse est basée sur ce qui était accessible à l'employé et non ce qu'il a choisi</u>**. Sélectionnez la réponse qui s'applique :

☐ L'employé n'avait pas droit à une assurance de soins dentaires ou à une couverture de soins dentaires de toute sorte.
☐ L'employé avait accès pour lui-même (bénéficiaire)
☐ L'employé avait accès pour lui-même (bénéficiaire), son conjoint et ses enfants à charge
☐ L'employé avait accès pour lui-même (bénéficiaire) et son conjoint
☐ L'employé avait accès pour lui-même (bénéficiaire) et ses enfants à charge

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 transfert – régimes de soins de santé, de voyages et de soins dentaires
☐ Formulaire d'assurance collective du RPENB
(enseignants seulement)

Section 4 - Signatures

CONSENTEMENT À LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE : *Vestcor utilisera les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire (y compris les documents à l'appui) pour les fins suivantes : identifier le participant et l'employeur; déterminer les préférences linguistiques; déterminer les options de pension à la cessation d'emploi; calculer l'estimation de la pension et déterminer les options de pension, y compris les pensions de survivant (le cas échéant); traiter la cessation d'emploi et effectuer les paiements requis; communiquer avec le participant 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 seront 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 : <u>www.vestcor.org/renseignements-personnels</u>*

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

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

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

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 or 1-800-561-4012 (sans-frais)
Courriel : info@vestcor.org
Site Web : vestcor.org

IMPORTANT : Les informations transmises par courriel ne sont pas considérées comme protégées si elles ne sont pas cryptées. Si vous souhaitez envoyer ce formulaire par courrier électronique et que vous ne disposez pas d'une méthode de cryptage, veuillez contacter notre bureau afin d'envoyer ce formulaire électroniquement dans un format sécurisé.