

DEMANDE DE RACHAT DE SERVICE OUVRANT DROIT À PENSION



Régime de pension des enseignants du Nouveau-Brunswick (RPENB)

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

À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ

Prénom : _____ Nom de famille : _____ Nom de fille : _____

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

Adresse : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Dates de la période de service dont vous désirez un état du coût de rachat :

Du : ____/____/____ Au : ____/____/____
JJ MM AAAA JJ MM AAAA

Venez-vous de faire ou avez-vous joint des demandes de rachats pour d'autres périodes de service? Si oui, combien? _____

CATÉGORIE DE SERVICE (Cocher la case appropriée et fournir les renseignements demandés)

- Service pour lequel vous avez reçu un remboursement du Régime de pension des enseignants du NB (RPENB) ou du Régime de retraite dans les services publics du NB (RRSPNB)
Régime : _____ Date approximative que vous avez reçu le remboursement : _____
- Service à temps plein d'enseignement dans une école publique d'autre part au Canada, dans les écoles du Gouvernement Canadien (militaire, premières nations), au Commonwealth ou à l'étranger pour les affaires extérieur ou l'ACDI (joindre à la présente des preuves du service remboursé, lesquelles spécifient les dates)
- Service en vertu d'un brevet local ou autre service d'enseignement public à temps plein au N.-B. après 1955 (joindre à la présente des preuves du service remboursé, lesquelles spécifient les dates)
- Congé de maternité/d'adoption/parental (maximum 1 an - joindre à la présente une preuve du district scolaire et une copie du certificat de naissance de l'enfant)
- Interruption de service pour le perfectionnement dans des cours approuvés (université ou école de pédagogie - joindre à la présente une preuve du district scolaire et une copie du relevé de notes)
- Congé sans solde autorisé (incluant congé à temps-partiel - maximum 2 ans - joindre à la présente une ou des preuve(s) du district scolaire)
- Service comme Député de l'Assemblée législative qui ne vise pas une pension en vertu du Régime de la *Loi sur la pension de retraite des députés*
- Suppléance en enseignement (joindre à la présente une ou des preuve(s) du district scolaire)
- Emploi alors qu'il est classifié à titre de personnel cadre de la Fédération, de l'Association des enseignantes et des enseignants francophones du Nouveau-Brunswick ou de la New Brunswick Teacher's Association (joindre à la présente une ou des preuve(s) de l'organisation)

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 l'admissibilité, le coût de rachat des périodes de service demandées et le nombre d'années de service qui serait créditée en raison du rachat des périodes; 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/reenseignements-personnels.

AUTORISATION : Je certifie que je n'ai pas cotisé à aucun autre régime de retraite durant la période précitée et que les informations ci-dessus sont exactes.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ _____ DATE ____/____/____
JJ MM AAAA

Veuillez demander à votre agent de paie de remplir la section ci-dessous et de faire parvenir le formulaire dûment rempli, incluant la ou les preuve(s) exigée(s), à Vestcor.

À REMPLIR PAR L'AGENT DE PAIE DU DISTRICT

District _____

Je certifie par la présente que la personne identifiée ci-dessus cotise au régime de pension ci-dessus cité et que les détails suivants envers son traitement actuel sont exacts :

Certificat _____ niveau d'années _____ % d'heures régulières _____ Traitement annuel à temps plein autorisé (brut) _____ \$

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 :
Téléphone : 506-453-2296 ou 1-800-561-4012 (sans-frais)
Courriel : info@vestcor.org
Site Web : vestcor.org