



**PROVINCE OF NEW BRUNSWICK
CANADA PENSION PLAN (CPP) AGREEMENT**

**GOVERNEMENT DU NOUVEAU-BRUNSWICK
ENTENTE SUR LE RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA (RPC)**

NAME
NOM _____

SIN
NAS _____

Department
Ministère _____

Claim Date
Date de la demande _____

Under the terms of your Collective Agreement (or Personnel Policy), any disability benefits which could become payable under the Canada Pension Plan (CPP) will reduce the amount of **Workers' Compensation** benefits received from your Employer. It is your responsibility to apply for these benefits and keep your Employer informed of your application, as well as any appeals. Please read this Agreement carefully, sign it, and return it to your Human Resources Office.

Selon votre convention collective (ou la directive concernant les employés) toutes les prestations d'invalidité auxquelles vous avez droit en vertu du Régime de pensions du Canada (RPC) réduiront les prestations **d'indemnisation des accidents du travail** reçu de votre employeur. Vous devez demander ces prestations et informer votre employeur de votre demande et de tout appel interjeté. Veuillez lire la présente entente attentivement, la signer et la retourner à votre bureau des ressources humaines.

Having filed a claim for **Workers' Compensation** benefits. I understand that the terms of my Collective Agreement (or Personnel Policy) require me to apply for disability benefits under the Canada Pension Plan. In consideration of paying unreduced **Workers' Compensation** benefits for any period during which I may be entitled to CPP benefits. I agree to the following terms:

J'ai déposé une demande **d'indemnisation des accidents du travail** et je comprends que, d'après ma convention collective (ou la directive concernant les employés), il me faut présenter une demande de prestations d'invalidité sous le Régime de pensions du Canada. En considération du paiement de prestations non réduites par la **Commission des accidents du travail** durant toute période pour laquelle je peux avoir droit aux prestations du RPC, j'accepte les conditions suivantes:

1. I will apply for CPP benefits and will immediately notify my Employer of the CPP decision.
2. I will provide my Employer with any CPP correspondence received from Human Resource and Skills Development Canada, including the Notice of Entitlement and notifications of any subsequent changes to the benefit payments.
3. If my application is denied, I will appeal the denial within 30 days of being requested by my Employer to do so.
4. I agree that within 10 days, from the date I receive payment from CPP, I will reimburse the Province of New Brunswick in a lump sum, for all payment it has advanced to me related to CPP.
5. If I do not comply with any of the terms in this Agreement, I agree the Province of New Brunswick has the right to withhold or reduce my **Workers' Compensation** benefits, until the amount of CPP disability benefits to which I may be entitled has been exhausted.

1. Je présenterai une demande de prestations en vertu du Régime de pensions de Canada et j'aviserai immédiatement mon employeur de la décision du RPC.
2. Je fournirai à mon employeur toute correspondance relative au RPC reçue de Ressources humaines et Développement des compétences Canada, y compris l'avis d'admissibilité et l'apport de tout changement ultérieur aux prestations versées.
3. Si ma demande est refusée, je ferai appel de la décision dans les 30 jours suivant la demande de mon employeur me recommandant d'interjeter appel.
4. J'accepte de rembourser le gouvernement du Nouveau-Brunswick, au moyen d'une somme forfaitaire, toute avance consentie concernant les prestations du RPC dans les dix jours suivant la réception du paiement du RPC.
5. Si je ne respecte pas les conditions de cette entente, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a le droit de retenir ou de réduire mes prestations **d'indemnisation des accidents du travail** jusqu'à concurrence du montant total de prestations d'invalidité du RPC auxquelles je peux avoir droit.

This agreement shall bind my heirs, executors, administrators and assigns.

Cette entente lie mes héritiers, mes exécuteurs, mes administrateurs et mes ayants droits.

I confirm that I applied for CPP disability benefits on _____, 20__ at _____

Je confirme avoir fait demande de prestations d'invalidité en vertu du RPC le _____ 20__ à _____

or

ou

I confirm that I appealed the declined decision on _____, 20__ at _____

Je confirme avoir fait appel de la décision le _____, 20__ à _____

Signature

Date

Witness/Témoïn

Date

NOTE: If this Agreement is not returned to your Employer within one month of being requested, your Workers' Compensation benefits may be reduced by an estimate of the amount of benefits to which you may be entitled under the Canada Pension Plan.

NOTA: Si la présente entente n'est pas retournée à votre employeur dans un délai de un mois suivant sa demande, le montant d'indemnisation de la Commission des accidents du travail peut être réduit en fonction de l'estimation des prestations auxquelles vous pouvez avoir droit en vertu du RPC.