

**DEMANDE DE TRANSFERT
DE L'ASSURANCE COLLECTIVE POUR
LES ENSEIGNANT(E)S AU GROUPE DES RETRAITÉS**

Prière de remplir et de retourner ce formulaire à votre district scolaire. Le district scolaire le fera parvenir à Vestcor avant la date d'entrée en vigueur de la pension de l'employé.

À ÊTRE REMPLI PAR L'ENSEIGNANT(E)

Nom de l'enseignant(e) _____ District scolaire _____

Adresse _____

Numéro de feuille de paye _____ Numéro d'assurance sociale _____

Protection actuelle à être transférée :

- Assurance collective de la FENB
 Assurance-maladie de la Croix Bleue Medavie (Célibataire _____ Familiale _____ id _____)

NOTA: Vos garanties seront automatiquement transférées par le secrétariat du Régime d'assurance collective sauf l'assurance-maladie de la Croix Bleue Medavie. Les enseignantes et les enseignants sont responsables d'informer le Régime d'assurance collective si ils/elles désirent annuler toute garantie sauf l'assurance-maladie de la Croix Bleue Medavie.

DATE _____ SIGNATURE _____

À ÊTRE REMPLI PAR LE DISTRICT SCOLAIRE

Le dernier prélèvement effectué par le district scolaire numéro _____ sera effectué le _____
(date de la paye)

Copie envoyée à Vestcor :

DATE _____ SIGNATURE _____

(préposé(e) à la feuille de paye)

À ÊTRE REMPLI PAR VESTCOR

Section visée : _____ Code du vote : _____

Date d'entrée en vigueur de la pension _____ appliqué à la feuille de paye _____
(mois)

Copie envoyée du Régime d'assurance collective de la FENB :

DATE _____ SIGNATURE _____