RENSEIGNEMENTS EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

VESTCOR

Section 1 - Renseignement sur l'employé

Prénom : _____ Nom de famille : _____

No. de référence de Vestcor : _____ **OU** No. d'employé : _____

Date de naissance : _____/_____/_____ (JJ / MM / AAAA) Correspondance demandée en : ☐ Anglais ☐ Français

Adresse postale : _____

Section 2 - Renseignements sur l'employeur

Employeur : _____ Numéro de téléphone : _____

Nom du régime de retraite : _____

Date d'entrée en service : _____ / _____ / _____ (JJ / MM / AAAA) Dernière journée de travail avant le début de l'invalidité : _____ / _____ / _____ (JJ / MM / AAAA)

Salaire mensuel : _____$
Salaire mensuel de l'employé pour la dernière journée de travail avant le début de l'invalidité

Date du début de l'invalidité : _____ / _____ / _____ (JJ / MM / AAAA)

Statut du poste : ☐ régulier à temps plein ☐ régulier à temps partiel ☐ autre, décrivez :_____

Heures travaillées dans une semaine (moyenne hebdomadaire, si travail par quart) : _____

Date du début de l'exonération : _____ / _____ / _____ (JJ / MM / AAAA)
Confirmation par la compagnie d'assurance de la date du début des prestations d'invalidité. Joindre une copie de la lettre d'approbation (enlever les renseignements personnels, p. ex. : renseignements médicaux, noms de médecins, etc.)

Date de la fin de l'exonération : _____ / _____ / _____ (JJ / MM / AAAA)
Remplir et retourner à nos bureaux seulement lorsque les prestationsen cas d'invalidité de longue durée se termineront.

Section 3 - Autorisation

CONSENTEMENT À LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE : *Vestcor utilisera les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire pour les fins suivantes : identifier le participant affecté par la demande; déterminer les préférences linguistiques; déterminer l'admissibilité à l'accumulation de services ouvrant droit à pension en vertu du Régime de retraite dans les services publics du Nouveau-Brunswick pour le participant durant la période où il reçoit des prestations d'invalidité de longue durée, communiquer avec 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. 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/renseignements-personnels.*

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

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 à :
Téléphone : 506-453-2296 ou 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.