

DEMANDE DE RACHAT DE SERVICE OUVRANT DROIT À PENSION



Choisissez un régime :

- ☐ Régime de retraite à l'intention du groupe Manœuvres, hommes de métier et de services des districts scolaires du N.-B., membres de la section locale 1253 du SCFP (MHMS)
- ☐ Régime de retraite des employés des districts scolaires du N.-B., membres de la section locale 2745 du SCFP (SCFP 2745)

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

À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ

Correspondance demandée en : ☐ Anglais ☐ Français

District scolaire : _____

Prénom : _____ Nom de famille : _____

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

Est-ce que vous prenez votre retraite? ☐ Oui* ☐ Non Si oui, indiquer la date de retraite : ____ / ____ / ____
* votre demande sera accordée priorité JJ MM AAAA

Adresse : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

Je désire recevoir un état du coût de rachat et une formule d'option de rachat pour la période de service ouvrant droit à pension qui suit :

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

CATÉGORIE DE SERVICE (cocher la case appropriée, fournir les renseignements pertinents et joindre une preuve de services rendus)

☐ **Remboursement** (pour périodes de service après le 1^{er} mars 1974) du _____ régime de retraite
Date du remboursement : ____ / ____ / ____ Montant du remboursement : _____ \$

☐ **Congé non payé autorisé** : Joindre une preuve du congé d'après les dossiers de l'employeur.
MHMS = périodes de congé autorisé par l'employeur après le 5 mai 1994 : ☐ maternité ☐ parental ☐ salaire différé ☐ maladie
CUPE 2745 = périodes de congé autorisé par l'employeur : ☐ maternité ☐ d'autre congé non payé ☐ parental
☐ salaire différé ☐ maladie

☐ **Période d'attente** : Période d'emploi continue après le 1^{er} mars 1974 lorsqu'une période d'attente s'applique avant de commencer à cotiser au régime.

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 les préférences linguistiques; déterminer l'admissibilité, le coût de rachat des périodes de service demandées et le nombre d'années de service qui serait crédité 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/renseignements-personnels.

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

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

À REMPLIR PAR L'AGENT DES RESSOURCES HUMAINES OU DE LA PAIE

Salaire à la quinzaine (actuel) : _____ \$ X _____ Classification de la période de paie = _____ \$ **salaire annualisé***
*Montant si le participant a travaillé pendant toute l'année

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