

**Air Canada Defined Contribution Pension Plan
Application form to pay back contributions in the Pension Plan**

**Régimes de retraite à cotisations déterminées d'Air Canada
Demande de paiement des cotisations rétroactives**

1- Employee Identification / Identification de l'employé

Name / Nom	Employee Number / Matricule
Division	Location / Lieu de travail

2- Period of Leave (if you have more than one period to pay back contributions, please list each period)
Durée du congé (veuillez indiquer chaque période de rachat s'il y en a plusieurs)

From / De	To / À

3- Confirmation of Leave / Confirmation du congé

This form is applicable to the following leaves / *Ce formulaire s'applique aux congés suivants:*
Pregnancy, Child Care, Adoption, Compassionate Care Leaves
Congé de maternité, congé parental, congé d'adoption, congé de compassion

4- Eligibility / Eligibilité

Upon receipt of this application Air Canada Pension Plan Department will determine my eligibility to pay back contributions / *Sur réception du présent formulaire, le département des régimes de retraite d'Air Canada déterminera mon admissibilité au paiement des cotisations rétroactives:*

- If I am eligible, I will receive an election form to pay back contributions. / *Si je suis admissible, je recevrai un formulaire d'options pour le paiement des cotisations rétroactives.*
Note: This form will describe the terms in further detail and must be completed and returned within the prescribed delay; otherwise pay back of contributions will not be processed. / *Ce formulaire précisera les modalités en détail. Ce formulaire d'options devra être retourné dans le délai mentionné et dûment rempli, autrement le paiement des cotisations rétroactives ne sera pas effectué.*
- If I am not eligible, I will receive a non-eligible notification letter / *Si je ne suis pas admissible, je recevrai un avis écrit de non-admissibilité*

5- Application Period / Délai prescrit

You must submit this application within **12 months** of your return to active duty should you wish to pay back the contributions for the period of leave. / *Vous devez transmettre le présent formulaire dans les **12 mois** suivant le retour au travail si vous désirez procéder au paiement des cotisations rétroactives correspondant à la période de congé.*

6- Signature	Date
---------------------	-------------

7- Please sign and return to / Veuillez signer et retourner ce formulaire à l'adresse suivante :

Air Canada Pension Administration / Administration des régimes de retraite d'Air Canada
YUL 1265,
7373 Côte Vertu
St-Laurent, QC, H4S 1Z3