



NAMING OR SUBSTITUTION OF A BENEFICIARY

For Supplementary Death Benefit (Part II of the Public Service Superannuation Act)

DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

Visant la prestation supplémentaire de décès (Partie II de la Loi sur la pension de la fonction publique)

Provision of the information requested on this form is required in accordance with the *Public Service Superannuation Act*. The personal information collected is for designating the beneficiary. Refusal to supply the personal information on this form may result in not designating or changing the beneficiary. The information will be maintained in the Personal Information Bank Number PWGSC PCE 705, and it will be protected, used and disclosed in accordance with *Privacy Act*. Under the Act, you have the right to request access and correct your personal information, if erroneous or incomplete. The information will be retained by the Department for two years following last administrative action and then destroyed.

La communication des renseignements demandés sur ce formulaire est exigée en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique*. Les renseignements personnels recueillis serviront à désigner un bénéficiaire. Si vous refusez de remplir le formulaire, il est possible que vous ne soyez pas en mesure de désigner un bénéficiaire ou de procéder au changement de celui-ci. Les renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 705 et ils seront protégés, utilisés et divulgués conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Aux termes de la Loi, vous avez le droit d'exiger que l'on vous communique les renseignements personnels qui vous concernent et d'y apporter des corrections s'ils sont erronés ou incomplets. Les renseignements seront conservés par le Ministère pendant deux ans à compter du dernier changement administratif après quoi ils seront détruits.

This form must be completed electronically. If not possible, please complete it in dark ink using capital letters.

Ce formulaire doit être rempli électroniquement. Si impossible, veuillez le remplir à l'encre foncée en lettres majuscules.

Plan Member's Personal Information - Renseignements personnels du participant au régime

Surname - Nom

PRI - CIDP

Given Names - Prénoms

Pension No. - N° de pension

Date of Birth (YYYYMMDD)
Date de naissance (AAAAMMJJ)

Preferred Language
Langue de préférence

 English
Anglais French
Français

Preferred Telephone No.
N° de téléphone de préférence

Home Address - Adresse du domicile

Apt. No. - N° d'apt.

City - Ville

Province

Postal Code - Code postal

Country - Pays

Email address (optional) - Adresse électronique (facultative)

**FOR OFFICE USE ONLY
À L'USAGE DU
BUREAU SEULEMENT**

Form No. - N° de formulaire

Case No. - N° de cas

PWGSC-TPSGC 2196 (09/2009)



STDHDR

Canada

001

FOR OFFICE USE ONLY - À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

Carefully read instructions before completing.

Lire les instructions attentivement avant de remplir.

I hereby appoint the following beneficiary and revoke any previous designation.

Par la présente, j'annule toute désignation de bénéficiaire antérieure et je nomme le bénéficiaire suivant.

Beneficiary's Surname - Nom du bénéficiaire

Date of Birth - Date de naissance (Y-A M D-J)

Given Name(s) - Prénoms

Relationship to You - Lien de parenté

Charitable Organization - Organisme de charité

CRA Registration No. - N° d'enregistrement de l'ARC

Address - Adresse

City/R.R. - Ville et route rurale

Province

Postal Code - Code postal

Country - Pays

Tel. No. - N° de tél.

Participant's Signature
Signature du participant
(Must be Signed in Dark Ink - Doit être signé à l'encre foncée)

Witness' Signature - Other than the Beneficiary
Signature du témoin - Autre que le bénéficiaire
(Must be Signed in Dark Ink - Doit être signé à l'encre foncée)

Witness's Name (Please Print) - Nom du témoin (Veuillez imprimer)

Date signed - Date signée (Y-A M D-J)

City/Town - Ville

Province/Country - Province et pays

Tel. No. - N° de tél.

NOTE: You must be a participant in the Supplementary Death Benefit (SDB) plan to complete this form; otherwise, the form will be invalid. You may cancel or change your beneficiary at any time while a participant, whether employed or retired.

NOTA : Vous devez cotiser au régime de prestations supplémentaires de décès (PSD) pour remplir ce formulaire; sinon, celui-ci ne sera pas valable. Tant que vous cotisez au régime, que vous soyez employé ou retraité, vous pouvez, à n'importe quel moment, désavouer votre bénéficiaire ou en nommer un nouveau.

Upon your death, your named beneficiary may become entitled to certain lump sum benefits which are payable under Part I of the *Public Service Superannuation Act*. A naming takes effect the date this form is completed; however, **this form must be received** by the Public Service Pension Centre **prior to your death**. Therefore, it is recommended that the completed form, be forwarded by express mail to the address indicated below.

Au moment de votre décès, votre bénéficiaire désigné peut avoir droit à certains montants forfaitaires payables aux termes de la Partie I de la *Loi sur la pension de la fonction publique*. La désignation entre en vigueur à la date à laquelle ce formulaire est rempli, cependant, **le formulaire doit parvenir** au Centre des pensions de la fonction publique **avant votre décès**. Il est donc recommandé que vous fassiez parvenir le formulaire dûment complété par courrier express à l'adresse indiquée ci-dessous.

IMPORTANT - You may only have one designated beneficiary at a time.
You may designate:

- any person over 18 years of age on the date of naming;

IMPORTANT - Vous ne pouvez désigner qu'un seul bénéficiaire à la fois.
Vous pouvez désigner :

- toute personne ayant plus de 18 ans au moment de la désignation;

PWGSC-TPSGC 2196 (09/2009)

002

002

- any registered charitable or benevolent organization or institution (name and registration number of the institution are required);
- any religious or educational organization (name is required);
- your Estate (print "Estate" in the space provided for the beneficiary). If you only wish to cancel the previous designation and not name a new beneficiary, simply print "Estate".

An ineligible or ambiguous designation will render this form invalid.

- toute institution ou organisme de charité ou de bienfaisance enregistré (indiquer le nom et le numéro d'enregistrement de l'institution);
- tout organisme religieux ou à caractère éducatif (indiquer le nom);
- votre succession (inscrire « succession » dans la case du bénéficiaire). Si vous désirez seulement annuler la désignation précédente sans nommer un nouveau bénéficiaire, inscrire « succession ».

Une désignation ambiguë ou faite en faveur d'une personne inadmissible rendra ce formulaire non valable.

INSTRUCTIONS

Completion of the Form

- Complete all unshaded areas. PLEASE PRINT.
- PRI or Pension No. must be provided.
- Amendments are not acceptable unless initialed by the participant and the witness.
- Both the participant and the witness must sign this form in dark ink.

Forwarding of the Form

It is important that this form be received at the address indicated below as soon as possible.

Public Works and Government Services Canada
Public Service Pension Centre - Mail Service
150 Dion Blvd
PO Box 8000
Matane QC G4W 4T6

It is recommended that you forward this form by express mail.

- Public Service Pension Centre will acknowledge receipt of your "Naming or Substitution of a Beneficiary" (PWGSC-TPSGC 2196) form.
- This form will not be returned with the acknowledgement of receipt. Please retain a copy for your records.

Comment remplir le formulaire

- Remplir toutes les cases qui ne sont pas ombragées. ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES.
- Le CIDP ou le N° de pension doit être fourni.
- Les modifications ne seront pas acceptées à moins que le participant et le témoin n'y apposent leurs initiales.
- Le participant et le témoin doivent signer le formulaire à l'encre foncée.

Transmission du formulaire

Il est important que ce formulaire soit parvenu à l'adresse indiquée ci-dessous le plus rapidement possible.

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Centre des pensions de la fonction publique -
Service du courrier
150 Boul Dion
CP 8000
Matane QC G4W 4T6

Il est recommandé que ce formulaire soit transmis par courrier express.

- Le Centre des pensions de la fonction publique accusera réception de votre formulaire de « Désignation ou changement de bénéficiaire » (PWGSC-TPSGC 2196).
- Ce formulaire ne sera pas retourné avec l'accusé de réception. Veuillez donc en conserver une copie pour vos dossiers.