



APPLICATION FOR DIVISION OF A PUBLIC SERVICE SUPERANNUATION ACT PENSION BENEFITS  
IN ACCORDANCE WITH THE PENSION BENEFITS DIVISION ACT  
DEMANDE DE PARTAGE D'UNE PENSION EN VERTU DE LA LOI SUR LA PENSION DE LA FONCTION  
PUBLIQUE CONFORMÉMENT À LA LOI SUR LE PARTAGE DES PRESTATIONS DE RETRAITE

Provision of the information requested on this document is required by law in accordance with the Pension Benefits Division Act (PBDA) for the purpose of an application for division of a Public Service Superannuation Act (PSSA). This personal information will be stored in Personal Information Bank Number PWGSC PCE 702 and will be protected, used and disclosed in accordance with the Privacy Act. Under this act, you have the right to request access to your personal information and to request corrections should you believe the information contains errors or omissions. Personal information provided about another individual may be accessible to that person under the Privacy Act. The records will be retained by the department for two years following last administrative action, and then will be destroyed.

La communication des renseignements demandés dans ce document est requise conformément à la Loi sur le partage des prestations de retraite (LPPR) aux fins d'une demande de partage des prestations de retraite en vertu de la Loi sur la pension de la fonction publique (LPFP). Les renseignements personnels seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702, et seront protégés, utilisés et divulgués conformément aux dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Aux termes de cette loi, vous avez le droit d'exiger qu'on vous communique les renseignements personnels vous concernant et de faire corriger les données incomplètes ou erronées. Les renseignements personnels fournis au sujet d'une autre personne peuvent être communiqués à celle-ci en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Le ministère conservera les renseignements pendant deux ans suivant le 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 2486 (09/2009)



STDHDR



001

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

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

**A. PLAN MEMBER - PARTICIPANT AU RÉGIME**

Current or former spouse/common-law partner of plan member  
Conjoint/conjoint de fait ou ancien conjoint/conjoint de fait du participant au régime

Department - Ministère

Location - Endroit

Human Resources Contact Person - Personne contact aux Ressources humaines

Telephone No. - N° de téléphone

**B. CURRENT OR FORMER SPOUSE / COMMON-LAW PARTNER OF PLAN MEMBER  
CONJOINT / CONJOINT DE FAIT OU ANCIEN CONJOINT / CONJOINT DE FAIT DU PARTICIPANT  
AU RÉGIME**

Surname - Nom

Given Names - Prénoms

SIN - NAS

Address - Adresse

**C. APPLICANT - REQUÉRANT**

I am applying as the - Je fais cette demande en tant que

Plan member  
Participant au régime

Current or former spouse/common-law partner of the plan member  
Conjoint/conjoint de fait ou ancien conjoint/conjoint de fait du participant au régime

Personal representative of the - Mandataire du

Plan member  
Participant au régime

Current or former spouse/common-law partner of the plan member  
Conjoint/conjoint de fait ou ancien conjoint/conjoint de fait du participant au régime

**D. SUPPORTING DOCUMENTS - DOCUMENTS À L'APPUI**

Court order (certified by the Clerk of the Court), or original or certified true copy of the written agreement providing for the division of the plan member's *Public Service Superannuation Act* pension benefits  
Ordonnance du tribunal (certifiée par le greffier de la Cour) ou de l'accord écrit (original ou copie certifiée conforme) prévoyant le partage des prestations de retraite du participant au régime en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique*

Original or certified true copy of other document (if applicable) that authorizes a personal representative to act on behalf of the plan member, or the current or former spouse/common-law partner  
S'il ya lieu, autre document (original ou copie certifiée conforme) autorisant un mandataire à agir au nom du participant au régime, du conjoint/conjoint de fait ou ancien conjoint/conjoint de fait

Statutory Declaration (PWGSC-TPSGC 2484)  
Déclaration solennelle (PWGSC-TPSGC 2484)

Copy of the marriage certificate (if applicable)  
Copie du certificat de mariage (s'il y a lieu)

Copy of the death certificate of the plan member, or the current or former spouse/common-law partner (if applicable)  
Copie du certificat de décès du participant au régime, du conjoint/conjoint de fait ou de l'ancien conjoint/conjoint de fait (s'il y a lieu)

PWGSC-TPSGC 2486 (09/2009)

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

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

**E. APPLICANT'S SIGNATURE - SIGNATURE DU REQUÉRANT**

I hereby apply for the division of the pension benefits accrued to the plan member named herein under the *Public Service Superannuation Act* in accordance with the *Pension Benefits Division Act*.

Par la présente, je demande le partage des prestations de retraite accumulées au participant au régime nommé dans le présent document en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique* conformément à la *Loi sur le partage des prestations de retraite*.

Signature

Date (Y-A M D-J)

Telephone No. - N° de téléphone

The completed application and supporting documents are to be returned to:

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

La demande remplie et les documents à l'appui doivent être renvoyés au :

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

**NOTE: Every person who knowingly makes a false or misleading representation in any application or other proceeding under the *Pension Benefits Division Act* is guilty of an offence punishable on summary conviction.**

**NOTA : Quiconque fait, en connaissance de cause, une déclaration trompeuse ou fausse dans une demande ou dans une autre instance en vertu de la *Loi sur le partage des prestations de retraite* commet une infraction punissable par procédure sommaire.**

PWGSC-TPSGC 2486 (09/2009)