



Member's PRI - CIDP du membre

REQUEST FOR PENSION BENEFITS DIVISION INFORMATION WITH RESPECT TO A PUBLIC SERVICE SUPERANNUATION ACT PENSION IN ACCORDANCE WITH THE PENSION BENEFITS DIVISION ACT
DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTAGE DES PRESTATIONS DE RETRAITE RELATIVEMENT À 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 voluntary. This information is being collected for the purpose of documenting a request for pension benefits division information with respect to a *Public Service Superannuation Act* (PSSA) pension in accordance with the *Pension Benefits Division Act* (PBDA). 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 the last administrative action, and then will be destroyed.

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis aux fins de documentation d'une demande de renseignements sur le partage des prestations de retraite relativement à une pension en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique* (LPFP) conformément à la *Loi sur le partage des prestations de retraite* (LPPR). 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.

A. APPLICANT - REQUÉRANT

Surname - Nom	Given Names - Prénoms
---------------	-----------------------

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 |

B. ADDRESS TO WHICH PENSION BENEFITS DIVISION INFORMATION IS TO BE SENT
ADRESSE À LAQUELLE LES RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTAGE DES PRESTATIONS DE PENSION DOIVENT ÊTRE TRANSMIS

C. PLAN MEMBER - PARTICIPANT AU RÉGIME

Surname - Nom	Given Names - Prénoms	Date of Birth Date de naissance (Y-A - M - D-J)	Telephone No. N° de téléphone
---------------	-----------------------	---	----------------------------------

Current or Most Recent Public Service Employer - Employeur de la fonction publique actuel ou le plus récent

Department - Ministère	Location - Endroit
------------------------	--------------------

Human Resources Contact Person Personne-ressource aux Ressources humaines	Telephone No. N° de téléphone	Member's PRI CIDP du participant	Date of Retirement (if applicable) Date de la retraite (s'il y a lieu) (Y-A - M - D-J)
--	----------------------------------	-------------------------------------	--

D. CONFIRMATION OF BENEFICIARY STATUS FOR SUPPLEMENTARY DEATH BENEFIT**(only if stipulated in an attached Court Order or written Agreement)****CONFIRMATION DE L'ÉTAT DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES DE DÉCÈS****(seulement si stipulé dans l'ordonnance du tribunal ou de l'accord écrit)**

I hereby request confirmation as to whether the person named in the attached document is the designated beneficiary in respect of the plan member's Supplementary Death Benefit under the PSSA. In support of this request, I have attached a certified true copy of a Court Order or written Agreement stating that I am to be named the beneficiary, or that I am entitled to this confirmation.

Par la présente, je demande qu'on me confirme si la personne nommée dans le document ci-joint est le bénéficiaire désigné en vertu des prestations supplémentaires de décès de la LPPF du participant au régime. Pour appuyer cette demande, j'ai joint une copie certifiée conforme de l'ordonnance du tribunal ou de l'accord écrit précisant que je dois être nommé bénéficiaire, ou que j'ai droit à cette confirmation.

Signature_____
Date (Y-A - M - D-J)**E. 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 PSSA 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 LPPF

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 y a 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 de l'ancien conjoint/conjoint de fait du participant au régime

Statutory Declaration (PWGSC-TPSGC 2483) outlining period(s) of cohabitation and any breaks therein (if applicable)

Déclaration solennelle (PWGSC-TPSGC 2483) décrivant la ou les période(s) de cohabitation et les interruptions afférentes (s'il y a lieu)

F. APPLICANT'S SIGNATURE - SIGNATURE DU REQUÉRANT

I hereby request pension benefits division information, in respect of the plan member named in Section (C) of this request, in accordance with the PBDA. I understand that a notation reflecting that such a request has been made will be placed on the plan member's personal records once the information is sent to me.

Par la présente, je demande des renseignements sur le partage des prestations de retraite du participant au régime nommé à la partie (C) du présent formulaire, conformément à la LPPR. Je comprends qu'une note faisant état d'une telle demande sera placée au dossier personnel du participant au régime quand les renseignements m'auront été envoyés

Signature_____
Date (Y-A - M - D-J)_____
Telephone Number
Numéro de téléphone**Note:**

Every person who knowingly makes a false or misleading representation in any application or other proceeding under the PBDA 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 LPPR commet une infraction punissable par procédure sommaire.