



N° de matricule du participant au régime ou N° de pension

Demande de renseignements sur le partage des prestations de retraite relativement à une pension en vertu de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes* conformément à la *Loi sur le partage des prestations de retraite*

Énoncé de confidentialité

La collecte des renseignements personnels est requise en vertu de l'alinéa 7(1)d) et de l'article 13 de la *Loi sur le ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux*, à des fins d'administration de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes* (LPRFC). Le refus de fournir les renseignements personnels demandés ou le fait de communiquer des renseignements incorrects, peut entraîner la perte des avantages et/ou des retards dans le traitement ou encore des inexactitudes dans les estimations de pension, les avantages ou les relevés de pension. Les renseignements personnels sont protégés et ne sont utilisés et communiqués que conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et de la façon décrite dans le fichier de renseignements personnels TPSGC PCU 702 – Administration des pensions fédérales. Aux termes de la Loi, les personnes ont le droit de consulter leurs renseignements personnels et de demander des corrections s'ils sont erronés ou incomplets.

A. RÉQUÉRANT

Nom	Prénoms
-----	---------

Je fais cette demande en tant que :

Participant au régime conjoint/conjoint de fait ou ancien conjoint/conjoint de fait du participant au régime

Mandataire du :

Participant au régime conjoint/conjoint de fait ou ancien conjoint/conjoint de fait du participant au régime

B. ADRESSE À LAQUELLE LES RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTAGE DES PRESTATIONS DE PENSION DOIVENT ÊTRE TRANSMIS

C. PARTICIPANT AU RÉGIME

Nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Prénoms	Numéro de téléphone
Base et section (membre actif)	Date d'enrôlement (aaaa-mm-jj)
Numéro de matricule du participant au régime ou numéro de pension	Date de libération (aaaa-mm-jj)

**D. CONFIRMATION DE L'ÉTAT DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES DE DÉCÈS
(seulement si stipulé dans l'ordonnance du tribunal ou de l'accord écrit ci-joint)**

Par la présente, je demande qu'on me confirme si la personne nommée dans le document ci-joint est le bénéficiaire désigné des prestations supplémentaires de décès de la LPRFC 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 (aaaa-mm-jj)

E. DOCUMENTS À L'APPUI

- Copie de l'ordonnance du tribunal ou de l'accord écrit prévoyant le partage des prestations de retraite du participant au régime en vertu de la LPRFC
- 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
- Déclaration solennelle (CF-FC 2483) décrivant la ou les période(s) de cohabitation et les interruptions afférentes (s'il y a lieu)

F. SIGNATURE DU REQUÉRANT

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 (aaaa-mm-jj)

Numéro de téléphone

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.