



### NOTIFICATION OF DEATH IN SERVICE / AVIS DE DÉCÈS EN COURS D'EMPLOI

Provision of the information requested on this form may be used for the purpose of providing pertinent information to issue the Supplementary Death Benefit payment under the Public Service Superannuation Act (PSSA). This personal information will be stored in Personal Information Bank Number PWGSC PCE 702 and is protected from disclosure to unauthorized persons/agencies pursuant to the provisions of the Privacy Act. Under the Act, you have the right to request access to your personal information, held by a federal government institution, and to request corrections should you believe the information contains errors or omissions. Personal information that you provide about another individual may be accessible to that person under the Privacy Act. The information will be retained by the Department for two years following the last administrative change and then destroyed.

La communication des renseignements demandés sur ce formulaire a pour but de fournir les renseignements qui permettront le versement de la prestation supplémentaire de décès en vertu de la Loi sur la pension de la fonction publique (LPFP). Ces renseignements seront consignés dans le fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702 et seront protégés contre toute divulgation à des personnes ou à des organismes non autorisés conformément aux dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Aux termes de ladite loi, vous avez le droit d'exiger que l'on vous communique les renseignements personnels vous concernant, et qui sont conservés par une institution du gouvernement fédéral, et de demander des corrections si, selon vous, ils sont erronés ou incomplets. Les renseignements personnels que vous fournissez au sujet d'une autre personne peuvent être communiqués à celle-ci en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Les renseignements seront conservés par le ministère 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 2014 (05/2011)



STDHDR



001

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

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

**Part A - To be completed by the Compensation Advisor or designated person.**

**Partie A - À être complétée par le conseiller en rémunération ou la personne désignée.**

Date of Death - Date du décès (Y-A M D-J)		PO - BP	Dept. - Min.	PL - LP
Salary Rate (See note on next page) Taux de rémunération (voir la remarque à la page suivante)	Authorization Date Date d'autorisation (Y-A M D-J)	Allowance Rate (See note on next page) Taux des allocations (voir la remarque à la page suivante)		Authorization Date Date d'autorisation (Y-A M D-J)
Compensation Advisor Name or Designated Person (print) Nom du conseiller en rémunération ou personne désignée (lettres moulées)			Telephone No. N° de téléphone	Fascimile No. N° de télécopieur - -
Signature - Compensation Advisor or Designated Person Signature - Conseiller en rémunération ou personne désignée				(Y-A M D-J)

**CONTACT INFORMATION - RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE RESSOURCE**

Full Name - Nom au complet	Telephone No. - N° de téléphone
Address - Adresse	
Relationship to the Deceased - Lien de parenté avec le défunt	
Additional Information - Renseignements supplémentaires	

**Part B - To be completed by the paying office (on demand from PSPC only).**

**Partie B - À être complétée par le bureau de paye (seulement sur demande du CFPF).**

<b>1</b> Period of Leave Without Pay - Période de congé non payé (Y-A M D-J) From Du   To Au (Y-A M D-J)	<b>2</b> Arrears on Death Benefit Contributions Not Recovered Cotisations au Régime de prestations de décès en souffrance
Authorized Officer Name (print) Agent autorisé (imprimer)	Signature - Authorized Officer Signature de l'agent autorisé
Date (Y-A M D-J)	

**Original** ▶ Public Service Pension Centre - Mail Facility  
Centre des pensions de la fonction publique - Service du courrier

**Copies Exemplaires** ▶ **1** - Pay Office Bureau de paye    **2** - Personnel Office Bureau du personnel

PWGSC-TPSGC 2014 (05/2011)

## INSTRUCTIONS

### Part A

1. This form must be completed by Departments, Crown Corporations and Agencies when an employee who is a participant under the public service pension plan dies in service.

2. **The salary and allowance rates for a part-time plan member are prorated based on the average Assigned Work Week (AWW).**

3. For the contact information enter the full name, address, telephone number and the relationship to the deceased. Additional information can also be provided such as date of memorial or funeral, preferred contact times, preferred communication method or additional contact person.

4. The Compensation Advisor or the designated person must complete Part A of this form and fax the original immediately to the Public Service Pension Centre.

### Part B

1. The paying office must complete Part B when requested by Public Service Pension Centre (PSPC). The completed form must be sent by fax to the PSPC **within 24 hours**. If there are no deficiencies, indicate "None or N/A".

2. Only outstanding SDB deficiencies for periods of Leave Without Pay (LWOP) ending prior to December 2011 need to be reported.

## INSTRUCTIONS

### Partie A

1. Ce formulaire doit être complété par les ministères, sociétés d'états et agences lorsqu'un employé participant au régime de pension de la fonction publique décède en cours d'emploi.

2. **Le salaire et les taux d'allocations pour un participant au régime à temps partiel** doivent être rapportés au prorata établis selon la semaine désignée de travail (SDT).

3. Pour l'information concernant la personne ressource, veuillez inscrire le nom au complet, l'adresse, le numéro de téléphone et le lien de parenté avec le défunt. Vous pouvez aussi fournir des renseignements supplémentaires tels que la date de commémoration ou funéraires, le meilleur moment pour appeler, la méthode de communication préférée ainsi que le nom d'une autre personne ressource.

4. Le conseiller en rémunération ou la personne désignée doit compléter la partie A de ce formulaire et télécopier l'original immédiatement au Centre des pensions de la fonction publique.

### Partie B

1. Le bureau de paye doit compléter la Partie B lorsque requis par le Centre des pensions de la fonction publique (CPFP). Le formulaire complété doit être télécopié au CPFP dans **un délai de 24 heures**. S'il n'y a pas de cotisations en souffrance, veuillez indiquer « Non ou S/O » dans la section appropriée.

2. Seules les insuffisances de cotisations de prestations supplémentaires de décès en souffrance pour des périodes de congé non payé (CNP) se terminant avant décembre 2011 doivent être rapportées.