



ELECTION TO CONTINUE AS A PARTICIPANT UNDER THE SUPPLEMENTARY DEATH BENEFIT (SDB) PLAN / OPTION DE CONTINUER À PARTICIPER AU RÉGIME DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES DE DÉCÈS (PSD)

Provision of the information requested on this form is required in accordance with the Public Service Superannuation Act (PSSA). The personal information collected is for continuing coverage under the Supplementary Death Benefit (SDB) plan after termination of employment.

La communication des renseignements demandés dans ce formulaire est exigée en vertu de la Loi sur la pension de la fonction publique (LPFP). Les renseignements personnels recueillis sont en vue de continuer à participer au Régime de prestations supplémentaires de décès (PSD) après la cessation d'emploi.

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 / 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 2017 (12/2009)



STDHDR



001

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

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

**Carefully read instructions before completing.**

**Election:** I hereby elect to continue to be a participant under the Supplementary Death Benefit Plan in accordance with the terms of Part II of the *Public Service Superannuation Act*. I understand that coverage is based on twice my total salary, which includes applicable pensionable allowances, rounded to the next multiple of \$1000 as of my termination date or the date my public service pension plan membership status changed. I also understand that contributions are based on my age and the amount of my coverage and will be charged at commercial rates. I am making this election no later than 30 days after ceasing to be employed or the date my public service pension plan status changed.

**Lire les instructions attentivement avant de remplir.**

**Option :** Par la présente, j'opte de continuer de participer au Régime de prestations supplémentaires de décès conformément aux dispositions de la Partie II de la *Loi sur la pension de la fonction publique*. Je comprends que la protection correspond au double de mon traitement total, lequel englobe les indemnités ouvrant droit à pension applicables, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$ à ma date de cessation d'emploi ou de changement de statut au régime de pension de retraite de la fonction publique. Je comprends également que les cotisations sont établies en fonction de mon âge et du montant de ma protection et qu'elles seront calculées aux taux commerciaux. Je fais ce choix au plus tard 30 jours suivant ma cessation d'emploi, ou mon changement de statut au régime de pension de retraite de la fonction publique.

Signature of Participant - Signature du participant

Date (Y-A M D-J)

**INSTRUCTIONS**

**1.** To constitute an election, this form must be completed and sent by mail to the following address within one year prior to, or within 30 days after ceasing to be employed:

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

**2.** This form IS NOT REQUIRED if the benefit entitlement is an immediate annuity for reason of age or disability or an immediate annual allowance. If approval of an immediate annuity due to disability is pending at termination, this form must be completed to guarantee continuation of coverage under the SDB plan.

**3.** If proof of age has not been submitted to the Public Service Pension Centre (PSPC), it should accompany this form.

**4.** You may name or change a beneficiary at any time by submitting a completed designation form PWGSC-TPSGC 2196. To obtain this form and further information, please refer to the Web portal at

[www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca](http://www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca)

or

contact the Public Service Pension Centre.

**5.** If your entitlement is a deferred annuity or an annual allowance payable later than 30 days after termination of employment, at the time the annuity becomes payable the contributions will be deducted from your pension on a monthly basis, unless you advise the Public Service Pension Centre otherwise.

**Caution:** You should submit the annual contribution with this form within 30 days after ceasing to be employed or the date your public service pension plan membership status changed. **In no case will contributions be accepted if received more than 60 days after ceasing to be employed or after a change in your public service pension plan membership status.** To obtain the annual contribution amount, refer to the Supplementary Death Benefit (SDB) Estimates Statement provided to you or call the Public Service Pension Centre to obtain the annual contribution amount.

**1.** Pour constituer une option, ce formulaire doit être rempli et envoyé par courrier à l'adresse suivante dans l'année qui précède ou dans les 30 jours suivant la cessation d'emploi :

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

**2.** Si vous avez droit à une pension immédiate pour raison d'âge ou d'incapacité ou à une allocation annuelle immédiate, il N'EST PAS NÉCESSAIRE de remplir ce formulaire. Si, à la cessation d'emploi, l'autorisation d'une pension immédiate pour des raisons d'incapacité est en attente, ce formulaire doit être rempli pour garantir la continuation de la protection en vertu du régime de PSD.

**3.** Si une preuve d'âge n'a pas été envoyée au Centre des pensions de la fonction publique (CPFP), veuillez l'annexer au présent formulaire. du régime de PSD.

**4.** Il est possible de désigner ou de changer un bénéficiaire à tout moment en remplissant le formulaire PWGSC-TPSGC 2196. Vous pouvez vous procurer ce formulaire et obtenir de plus amples renseignements sur le sujet à partir du portail Web à l'adresse

[www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca](http://www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca)

ou

auprès du Centre des pensions de la fonction publique.

**5.** Si vous avez droit à une pension différée ou à une allocation annuelle payable plus de 30 jours après la cessation de votre emploi, les cotisations seront prélevées de votre pension sur une base mensuelle au moment de son versement, à moins que vous ayez avisé le Centre des pensions de la fonction publique de faire autrement.

**Attention :** Vous devez verser la cotisation annuelle, accompagnée de ce formulaire, dans les 30 jours suivant votre cessation d'emploi ou votre changement de statut au régime de pension de retraite de la fonction publique. **Les cotisations reçues après la période de 60 jours suivant la cessation d'emploi ou le changement de statut ne seront acceptées dans aucune situation.** Pour connaître le montant de la cotisation annuelle, veuillez consulter le Relevé d'estimation des prestations supplémentaires de décès (PSD) qui vous a été fourni ou téléphonez le Centre des pensions de la fonction publique pour obtenir le montant de la cotisation annuelle.