



PUBLIC SERVICE MANAGEMENT INSURANCE PLAN

	Change of Name	Change of Beneficiaries		Individual Agency Number (IAN)
FORMER NAME	Member's Surname	Given Names		
PRESENT NAME	Member's Surname	Given Names		

I hereby revoke any previous beneficiary appointments which I may have made and appoint the following beneficiaries.

Beneficiary's Surname	Given Names	Relationship of Beneficiary to You	
Address of Beneficiary		I reserve the right to revoke this beneficiary designation	Yes No
Beneficiary's Surname	Given Names	Relationship of Beneficiary to You	
Address of Beneficiary		I reserve the right to revoke this beneficiary designation	Yes No
Beneficiary's Surname	Given Names	Relationship of Beneficiary to You	
Address of Beneficiary		I reserve the right to revoke this beneficiary designation	Yes No

Where required by provincial law:

I, _____, consent to the appointment of another beneficiary.
Signature of Previous Beneficiary

If no beneficiary hereby designated survives me, the benefits payable on or after my death are to be paid to my estate.

Department or Agency	Location	Telephone No.					
Member's Address							
Member's Signature	Y	M	D	Witness' Signature	Y	M	D

PWGSC-TPSGC 2028-1 (11/2002)



Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is collected for the administration of the Public Service Management Insurance Plan and is essential to making a decision directly affecting you. The completion of this form is required if you have changed your name or wish to change your beneficiaries. Refusal to respond may result in not making the changes requested. This information will be stored in Personal Information Bank Number PWGSC PCE 703. It is protected from disclosure to unauthorized persons or 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*.

INSURANCE SECTION

Member's Name			
Address			
We acknowledge receipt of your change of beneficiary card.			
Insurance Clerk	Y	M	D



RÉGIME D'ASSURANCE POUR LES CADRES DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE

Changement de nom		Changement de bénéficiaires		Numéro individuel de l'organisme (NIO)
ANCIEN NOM	Nom du participant	Prénoms		
NOM ACTUEL	Nom du participant	Prénoms		

Par les présentes, j'annule toute désignation antérieure de bénéficiaires que j'aurais pu faire et je nomme les bénéficiaires suivants.

Nom du bénéficiaire	Prénoms	Lien de parenté avec le bénéficiaire	
Adresse du bénéficiaire	Je me réserve le droit d'annuler cette désignation de bénéficiaire	Oui	Non
Nom du bénéficiaire	Prénoms	Lien de parenté avec le bénéficiaire	
Adresse du bénéficiaire	Je me réserve le droit d'annuler cette désignation de bénéficiaire	Oui	Non
Nom du bénéficiaire	Prénoms	Lien de parenté avec le bénéficiaire	
Adresse du bénéficiaire	Je me réserve le droit d'annuler cette désignation de bénéficiaire	Oui	Non

Lorsqu'une loi provinciale l'exige :

Je soussigné, _____, autorise la désignation d'un autre bénéficiaire.

Signature du bénéficiaire précédent

Si aucun bénéficiaire désigné par les présentes ne me survit, les prestations payables à mon décès ou après celui-ci seront versées à ma succession.

Ministère ou organisme	Lieu	N° de téléphone	
Adresse du participant			
Signature du participant	A	M	J
Signature du témoin	A	M	J

PWGSC-TPSGC 2028-1 (11/2002)



La communication des renseignements demandés dans ce document est volontaire. Ces renseignements sont recueillis aux fins d'administration du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. Ce document doit être rempli si vous avez changé votre nom ou si vous désirez changer vos bénéficiaires. Si vous refusez de répondre les changements demandés pourraient ne pas être effectués. Ces renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 703. Ils sont 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 de vous faire communiquer les renseignements personnels vous concernant et 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*.

SECTION DES ASSURANCES

Nom du participant			
Adresse			
Nous accusons réception de votre carte de changement de bénéficiaire			
Commis aux assurances	A	M	J