



# ELECTION TO REDUCE BENEFIT TO \$10,000 FORMULAIRE D'OPTION POUR FAIRE RÉDUIRE LA PRESTATION À 10 000 \$ FORM A - FORMULAIRE A

Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected in accordance with the *Public Service Superannuation Act* (PSSA) for the purpose of electing to reduce benefits to \$10,000 under the Supplementary Death Benefit Plan, Part II. 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, employees have the right to request access to their personal information and to request corrections should they 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 sur ce formulaire est facultative. Ces renseignements sont recueillis aux fins de la *Loi sur la pension de de la fonction publique* (LPPF) afin d'opter pour la réduction à 10 000 \$ de la prestation prévue par le Régime de prestations supplémentaires de décès, Partie II. 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, les employés ont le droit d'exiger qu'on leur communique les renseignements personnels les 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.

**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 2041-1 (09/2009)



STDHDR

Canada

001

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

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

I, \_\_\_\_\_,  
hereby irrevocably elect to reduce my benefit to \$10,000 under the Supplementary Death Benefit Plan, Part II of the *Public Service Superannuation Act*.

I understand that the contribution required until April 1st or October 1st, immediately following my sixty-fifth birthday will be one dollar and fifty cents (\$1.50) per month and that no contribution will be required after that time. I also understand that this election will take effect on the first of the month following its receipt by Public Service Pension Centre.

Par la présente, je, \_\_\_\_\_  
choisis irrévocablement, de réduire à 10 000 \$ le montant de la protection prévue par le Régime de prestations supplémentaires de décès, Partie II de la Loi sur la pension de la fonction publique.

Il est entendu que la cotisation requise jusqu'au 1er avril, ou jusqu'au 1er octobre, suivant immédiatement mon soixante-cinquième anniversaire de naissance, sera de un dollar cinquante (1,50 \$) par mois et qu'aucune cotisation ultérieure ne sera exigible. Il est également entendu que cette réduction entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la réception de la présente demande par le Centre des pensions de la fonction publique.

\_\_\_\_\_  
Witness - Témoin

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date (Y-A M D-J)

\_\_\_\_\_  
Member - Participant

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date (Y-A M D-J)

This form is to be forwarded to:

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

Adresser le formulaire à :

**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**