



Pension No. - N° de pension									

Post-retirement Life Insurance Plan - Change of Name/Beneficiary Régime d'assurance-vie après la retraite - Changement de nom ou de bénéficiaire

The information you provide is collected under the authority of Treasury Board for the administration of the Post-retirement Life Insurance Plan, verification of eligibility and statistical purposes. The completion of this form is required if you have recently changed your name or wish to change your beneficiary. All information will be protected under the provisions of the *Privacy Act*. Information will be placed in Personal Information Bank number PWGSC PCU 703 and the forms placed under registration PWGSC/ROS-080-03391. Access to this material is controlled by the Director General of Public Service Pension Centre.

Les renseignements que vous fournissez sont recueillis avec l'autorisation du Conseil du Trésor aux fins de l'administration du Régime d'assurance-vie après la retraite, pour vérification de l'admissibilité et pour recherches statistiques. Vous devez remplir ce formulaire si vous avez récemment changé de nom ou si vous souhaitez changer de bénéficiaire. Tous les renseignements seront protégés conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Ces renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels n° TPSGC PCU 703 et les formulaires seront conservés dans un dossier portant le n° d'enregistrement TPSGC/ROS-080-03391. L'accès à ces documents est contrôlé par le directeur général du Centre des pensions de la fonction publique.

Change of Name Changement de nom

Change of Beneficiary Changement de bénéficiaire

FORMER NAME - ANCIEN NOM

Full Family Name of Participant - Nom au complet du participant (nom de famille)	Given Name - Prénom
--	---------------------

PRESENT NAME - NOM ACTUEL

Full Family Name of Participant - Nom au complet du participant (nom de famille)	Given Name - Prénom
--	---------------------

I hereby revoke any previous beneficiary appointment which I may have made under the Post-retirement Life Insurance Plan and appoint the following beneficiary.

J'annule, par la présente toute désignation de bénéficiaire antérieure aux fins du régime d'assurance-vie après la retraite et nomme la personne suivante comme bénéficiaire.

Full Family Name of Beneficiary Nom au complet du bénéficiaire (nom de famille)	Given Name - Prénom	Relationship of Beneficiary to participant Lien de parenté entre le bénéficiaire et le participant
--	---------------------	---

Address of Beneficiary - Adresse du bénéficiaire
--

**Now you have two choices. You must indicate YES to one option only.
Vous avez maintenant deux choix. Vous devez indiquer OUI à une option seulement.**

Option 1

YES - I reserve the right to revoke this beneficiary designation - OUI - Je me réserve le droit d'annuler cette désignation du bénéficiaire

Signature

Option 2

YES - I wish to make an irrevocable beneficiary designation - OUI - Je désire faire une désignation de bénéficiaire à titre irrévocable

I understand that written consent would be required from the named beneficiary(ies) if I wish to change this designation.
Je comprends qu'un consentement écrit serait exigés du(des) bénéficiaires(s) désigné(s), si je désire modifier cette désignation.

Signature

Pension No. - N° de pension

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Where required by provincial law: I, _____, Signature of previous beneficiary consent to the appointment of another beneficiary.	Si la loi provinciale l'exige : Je, _____, Signature de l'ancien bénéficiaire accepte la nomination d'un autre bénéficiaire.
If no beneficiary hereby designated survives me, the benefits payable upon my death are to be paid to my estate.	Si aucun bénéficiaire ci-dessus désigné ne me survit, les indemnités payables à mon décès devront être versées à ma succession.

Address of participant - Adresse du participant			
Participant Signature - Signature Participant	Date (Y-A M D-J)	Witness Signature - Signature du témoin	Date (Y-A M D-J)

INSURANCE SECTION - SECTION DES ASSURANCES

Participant's Name - Nom du participant	
Address - Adresse	
We acknowledge receipt or your change of name/ beneficiary card	Nous accusons réception de votre carte de changement de nom/de bénéficiaire
Insurance Clerk - Commis aux assurances	Date (Y-A M D-J)