



Member's PRI or Pension No.

REQUEST FOR PENSION BENEFITS DIVISION INFORMATION WITH RESPECT TO A PUBLIC SERVICE SUPERANNUATION ACT PENSION IN ACCORDANCE WITH THE PENSION BENEFITS DIVISION ACT

Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected for the purpose of documenting a request for pension benefits division information with respect to a *Public Service Superannuation Act* (PSSA) pension in accordance with the *Pension Benefits Division Act* (PBDA). 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, you have the right to request access to your personal information and to request corrections should you 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.

A. APPLICANT

Surname	Given Names
---------	-------------

I am applying as the

plan member

current or former spouse/common-law partner of the plan member

personal representative of the



plan member

current or former spouse/common-law partner of the plan member

B. ADDRESS TO WHICH PENSION BENEFITS DIVISION INFORMATION IS TO BE SENT

C. PLAN MEMBER

Surname	Given Names	Date of Birth (Y - M - D)	Telephone No.
---------	-------------	------------------------------	---------------

Current or Most Recent Public Service Employer

Department

Location

Human Resources Contact Person	Telephone No.	Member's PRI or Pension No.	Date of Retirement (if applicable) (Y - M - D)
--------------------------------	---------------	-----------------------------	---

**D. CONFIRMATION OF BENEFICIARY STATUS FOR SUPPLEMENTARY DEATH BENEFIT
(only if stipulated in an attached Court Order or written Agreement)**

I hereby request confirmation as to whether the person named in the attached document is the designated beneficiary of the plan member's Supplementary Death Benefit under the PSSA. In support of this request, I have attached a certified true copy of a Court Order or written Agreement stating that I am to be named the beneficiary, or that I am entitled to this confirmation.

Signature

Date (Y - M - D)

E. SUPPORTING DOCUMENTS

Copy of the court order or original or written Agreement providing for the division of the plan member's PSSA pension benefits

Original or certified true copy of other document (if applicable) that authorizes a personal representative to act on behalf of the plan member, or the current or former spouse/common-law partner

Statutory Declaration (PWGSC-TPSGC 2483) outlining period(s) of cohabitation and any breaks therein (if applicable)

F. APPLICANT'S SIGNATURE

I hereby request pension benefits division information, in respect of the plan member named in Section (C) of this request, in accordance with the PBDA. I understand that a notation reflecting that such a request has been made will be placed on the plan member's personal records once the information is sent to me.

Signature

Date (Y - M - D)

Telephone Number

NOTE:

Every person who knowingly makes a false or misleading representation in any application or other proceeding under the PBDA is guilty of an offence punishable on summary conviction.

PWGSC-TPSGC 2488 (09/2009)



CIDP du participant au régime ou N° de pension

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTAGE DES PRESTATIONS DE RETRAITE RELATIVEMENT À UNE PENSION EN VERTU DE LA LOI SUR LA PENSION DE LA FONCTION PUBLIQUE CONFORMÉMENT À LA LOI SUR LE PARTAGE DES PRESTATIONS DE RETRAITE

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis aux fins de documentation d'une demande de renseignements sur le partage des prestations de retraite relativement à une pension en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique* (LPPF) conformément à la *Loi sur le partage des prestations de retraite* (LPPR). 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, vous avez le droit d'exiger qu'on vous communique les renseignements personnels vous 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.

A. REQUÉRANT

Nom	Prénoms
-----	---------

Je fais cette demande en tant que

participant au régime conjoint/conjoint de fait ou ancien conjoint/conjoint de fait du participant au régime

mandataire du ► participant au régime conjoint/conjoint de fait ou ancien conjoint/conjoint de fait du participant au régime

B. ADRESSE À LAQUELLE LES RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTAGE DES PRESTATIONS DE PENSION DOIVENT ÊTRE TRANSMIS

C. PARTICIPANT AU RÉGIME

Nom	Prénoms	Date de naissance (A - M - J)	N° de téléphone
-----	---------	----------------------------------	-----------------

Employeur de la fonction publique actuel ou le plus récent

Ministère	Endroit
-----------	---------

Personne-ressource aux Ressources humaines	N° de téléphone	CIDP du participant au régime ou N° de pension	Date de la retraite (s'il y a lieu) (A - M - J)
--	-----------------	--	--

D. CONFIRMATION DE L'ÉTAT DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES DE DÉCÈS (seulement si stipulé dans l'ordonnance du tribunal ou de l'accord écrit ci-joint)

Par la présente, je demande qu'on me confirme si la personne nommée dans le document ci-joint est le bénéficiaire désigné des prestations supplémentaires de décès de la LPPF du participant au régime. Pour appuyer cette demande, j'ai joint une copie certifiée conforme de l'ordonnance du tribunal ou de l'accord écrit précisant que je dois être nommé bénéficiaire, ou que j'ai droit à cette confirmation.

Signature

Date (A - M - J)

E. DOCUMENTS À L'APPUI

Copie de l'ordonnance du tribunal ou de l'accord écrit prévoyant le partage des prestations de retraite du participant au régime en vertu de la LPPF

S'il y a lieu, autre document (original ou copie certifiée conforme) autorisant un mandataire à agir au nom du participant au régime, du conjoint/conjoint de fait ou de l'ancien conjoint/conjoint de fait du participant au régime

Déclaration solennelle (PWGSC-TPSGC 2483) décrivant la ou les période(s) de cohabitation et les interruptions afférentes (s'il y a lieu)

F. SIGNATURE DU REQUÉRANT

Par la présente, je demande des renseignements sur le partage des prestations de retraite du participant au régime nommé à la partie (C) du présent formulaire, conformément à la LPPR. Je comprends qu'une note faisant état d'une telle demande sera placée au dossier personnel du participant au régime quand les renseignements m'auront été envoyés

Signature

Date (A - M - J)

Numéro de téléphone

NOTA :

Quiconque fait, en connaissance de cause, une déclaration trompeuse ou fautive dans une demande ou dans une autre instance en vertu de la LPPR commet une infraction punissable par procédure sommaire.

PWGSC-TPSGC 2488 (09/2009)