



PLAN MEMBER CONTACT INFORMATION COORDONNÉES DU PARTICIPANT AU RÉGIME

Privacy Notice

Provision of the personal information is required pursuant to the *Department of Public Works and Government Services Act*, para. 7(1) (d) and s.13 and will be used for the purpose of administrating the *Public Service Superannuation Act* (PSSA). Refusal to provide the personal information or the provision of incorrect information may result in loss of benefits and/or delays in processing, incorrect pension estimates, benefits, or statements. Personal information is protected, and only used and disclosed in accordance with the *Privacy Act* and as described in Personal Information Bank PWGSC PCU 702 – Federal Pension Administration. Under the Act, individuals have a right of access to their personal information and request correction, if erroneous or incomplete.

Énoncé de confidentialité

La collecte des renseignements personnels est requise en vertu de l'alinéa 7(1)d) et de l'article 13 de la *Loi sur le ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux*, à des fins d'administration de la *Loi sur la Pension de la fonction publique* (LPFP). Le refus de fournir les renseignements personnels demandés, ou le fait de communiquer des renseignements incorrects, peut entraîner la perte des avantages et/ou des retards dans le traitement ou encore des inexactitudes dans les estimations de pension, les avantages ou les relevés de pension. Les renseignements personnels sont protégés et ne sont utilisés et communiqués que conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, et de la façon décrite dans le fichier de renseignements personnels TPSGC PCU 702 - Administration des pensions fédérales. Aux termes de la Loi, les personnes ont le droit de consulter leurs renseignements personnels et de demander des corrections s'ils sont erronés ou incomplets.

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 577 (05-2014)



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

ADDITIONAL PLAN MEMBER PERSONAL INFORMATION

To be completed by the Compensation Advisor

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUPPLÉMENTAIRES DU PARTICIPANT AU RÉGIME

À être remplie par le conseiller en rémunération

Work Telephone No. (optional) N° de téléphone au bureau (facultatif)	Work Fax No. (optional) N° de télécopieur au bureau (facultatif)
- -	- -

Alternate Email Address (optional) - Autre adresse électronique (facultative)

Department - Ministère	Location - Lieu	Date (Y-A M D-J)

Name of Compensation Advisor - Nom du conseiller en rémunération

Signature of Compensation Advisor - Signature du conseiller en rémunération

Tel. No. of Compensation Advisor N° de téléphone du conseiller en rémunération	Fax No. of Compensation Advisor N° de télécopieur du conseiller en rémunération

INSTRUCTIONS

This form is to be completed by the employing organization when an employee becomes eligible to contribute to the Public Service pension plan. This information will allow the pension administrator to communicate with the plan member directly. A delay in forwarding this information to the pension administrator could result in communications to the plan member being sent to the employing organization.

Please note that the Pension Number is not required.

This form is to be forwarded to the pension administrator by **fax (1-418-566-6298)**. If a fax machine is not available, the form can be mailed to:

Government of Canada Pension Centre - Mail Facility
150 Dion Blvd
PO Box 8000
Matane QC G4W 4T6

DIRECTIVES

Le présent formulaire doit être rempli par l'organisme employeur lorsqu'un employé devient admissible à cotiser au régime de pension de retraite de la fonction publique. Les renseignements qu'il contient permettront à l'administrateur du régime de pension de communiquer directement avec le participant au régime. Si cette information tardait à être envoyée à l'administrateur du régime de pension, les communications destinées au participant au régime pourraient être transmises à l'organisme employeur.

Veillez noter que le numéro de pension n'est pas requis.

Le formulaire doit être envoyé à l'administrateur du régime de pension par **télécopieur (1-418-566-6298)**. Si un télécopieur n'est pas disponible, le formulaire peut être envoyé à l'adresse suivante :

Centre des pensions du gouvernement du Canada - Service du courrier
150 boul Dion
CP 8000
Matane QC G4W 4T6