

## ELECTION FORM FOR ELECTIVE PENSIONABLE SERVICE

Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected for the purpose of the administration of the *Public Service Superannuation Act* (PSSA) and is essential to making a decision directly affecting you. Refusal to respond may result in you not paying for elective pensionable service. This information will be stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 702. 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.

### INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS

#### 1. Completion of Form

Care should be taken when completing this form since, under most circumstances, an election is a binding, irrevocable agreement. Please ensure that the dates of the service which you enter are complete and accurate and only apply to periods of service that you wish to count.

#### 2. Forwarding of Form

Once completed, copies 1, 2 and 3 of this form must be forwarded, within the time prescribed by legislation, to your personnel office or to Superannuation Directorate, as indicated by your personnel office. Hand delivery to your personnel office or use of registered mail is recommended. If sent by registered mail, the receipt of registration should be kept for your records. The date on which this form is mailed must be indicated in the space provided in Part "B".

**If you are making an election within one year from the date of issue of your Notice of Contributory Status, the completed election form must be forwarded within that year.**

**In the case of an election made after this time, the completed election form must be forwarded within one month of signing the form.**

#### 3. Validation of Election

##### Medical

If you are making an election which must be validated by a medical examination, you must undergo such an examination within 90 days prior to or 6 months after making the election. The required medical forms to be completed by your physician should be forwarded to the Regional Medical Services Office (Health Canada) as indicated on the medical forms.

##### Service Verification

Official verification of service is required to validate any election. This process may necessitate time. If you are asked to help verify this service, your cooperation is essential. The initiation of deductions does not indicate acceptance of this service.

#### 4. Lump Sum Payment

##### Elective Service Paid in Full

When you are paying the election in full by means of a lump sum payment, the payment must be received within 30 days of the date of the election.

If the payment is not received within 30 days of the date of the election, the Superannuation Directorate will authorize the personnel office to commence deductions at the minimum monthly instalment.

#### 5. Important Note

##### Pensionable Employment

Service must have occurred "immediately prior" to becoming employed in the Public Service as outlined in the legislation. Any right to a continuing pension benefit as a result of this service must be surrendered prior to the making of an election.

Elections for past periods of pensionable employment are limited to service which was accrued in a pension plan registered under the (Canadian) *Income Tax Act*.

##### Past Service Pension Adjustment (PSPA)

A PSPA must be reported to the Canada Customs and Revenue Agency for all elections in respect of post 1989 service. Where the Canada Customs and Revenue Agency does not approve the PSPA, the election will be invalid.

### INSTRUCTIONS TO THE PERSONNEL OFFICE AND SUPERANNUATION DIRECTORATE

The date of receipt, registration number and initials must be recorded in the space provided in Part "C".

Please start deductions from salary as authorized by the contributor and indicate the month in respect of which the first such deduction was made.

Certify both the authorized salary on the most recent occasion of becoming a contributor and the authorized salary at the date the election is signed.

Do not report non-superannuable allowances.

Note that when certifying salary at either date, salary and allowances authorized after that date must not be included.

Elections for full-time and part-time individuals will be based on the full-time equivalent salary.

\* Elections for grandfathered full-time employees will be based on the salary received, not the full-time equivalent (FTE) salary of the position.

A copy of this form, with the employee's original signature, must be forwarded to Superannuation Directorate **within 60 days** of receipt by the personnel office.

PWGSC-TPSGC 2006 (02/2004)

## FORMULAIRE POUR SERVICE ACCOMPAGNÉ D'OPTION

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis aux fins de l'administration de la *Loi sur la pension de la fonction publique* (LPFP) et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. Un refus de répondre peut vous priver de payer pour du service accompagné d'option. Ces renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702. 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, conservés par une institution du gouvernement fédéral et de demander des corrections si, selon vous, ils sont erronés ou incomplets.

### DIRECTIVES À L'INTENTION DU COTISANT

#### 1. Comment remplir le formulaire

Il faut remplir le formulaire avec grand soin, car, dans la plupart des cas, l'option exercée est considérée comme une entente exécutoire et irrévocable. Veuillez vous assurer que les dates inscrites soient complètes et exactes et qu'elles correspondent uniquement aux périodes de service que vous voulez faire compter.

#### 2. Transmission du formulaire

Après avoir été remplis, les exemplaires 1, 2 et 3 de ce formulaire, doivent être transmis, dans les délais prescrits par la loi, à votre bureau du personnel ou à la Direction des pensions de retraite, comme indiqué par votre bureau du personnel. Il est recommandé de transmettre le formulaire en main propre à votre bureau du personnel ou par courrier recommandé. Si vous transmettez le formulaire par courrier recommandé, le reçu d'inscription devrait être placé dans vos dossiers. La date à laquelle ce formulaire est posté doit être inscrite dans l'espace prévu à cette fin dans la partie « B ».

**Si vous exercez une option dans l'année qui suit la date d'émission de votre Notification concernant le statut de cotisant, le formulaire d'option rempli doit être retourné avant la fin de l'année en question.**

**Si l'option est exercée après ce délai, le formulaire rempli doit être envoyé dans le mois qui suit la date de sa signature.**

#### 3. Validation de l'option

##### Examen médical

Si vous devez subir un examen médical pour pouvoir exercer une option, vous devez le faire dans les 90 jours qui précèdent ou dans les 6 mois qui suivent la date d'exercice de l'option. Les formulaires à remplir par votre médecin doivent être envoyés au bureau régional des services médicaux (Santé Canada) comme indiqué sur les formulaires d'examen médical.

##### Vérification du service

Pour qu'une option soit valide, il faut que les périodes de service aient été officiellement vérifiées. Cela peut prendre du temps. Si l'on sollicite votre aide pour la vérification du service, votre collaboration est essentielle. Le début des retenues ne signifie pas que le service ait été accepté.

#### 4. Paiement forfaitaire

##### Service accompagné d'option payé en entier

Lorsque vous payez le service accompagné d'option en un seul montant forfaitaire, le paiement doit être reçu dans les 30 jours qui suivent la date d'option.

Si le paiement n'est pas reçu dans les 30 jours qui suivent la date d'option, la Direction des pensions de retraite autorisera le bureau du personnel à percevoir des retenues mensuelles minimales.

#### 5. Remarque importante

##### Emploi ouvrant droit à pension

Comme il est indiqué dans la loi, la période de service doit avoir eu lieu « immédiatement avant » l'entrée en service dans la fonction publique. Le droit, s'il en est, à une pension permanente au titre de ce service doit être cédé avant d'exercer une option.

Les options exercées relativement à des périodes antérieures d'emploi ouvrant droit à pension se limitent au service accumulé dans un régime de pension enregistré en vertu de la *Loi (canadienne) de l'impôt sur le revenu*.

##### Facteur d'équivalence pour services passé (FESP)

Il faut indiquer à l'Agence des douanes et du revenu du Canada le facteur d'équivalence à l'égard de toute option exercée pour du service postérieur à 1989. Lorsque l'Agence des douanes et du revenu du Canada n'approuve pas le FESP, l'option sera annulée.

### DIRECTIVES À L'INTENTION DU BUREAU DU PERSONNEL ET DE LA DIRECTION DES PENSIONS DE RETRAITE

La date de réception, le numéro d'inscription et les initiales doivent être inscrits dans l'espace prévu à cette fin dans la partie « C ».

Veuillez commencer à prélever les retenues sur le traitement selon l'autorisation du cotisant et indiquer le mois à l'égard duquel la première retenue a été effectuée.

Certifiez le traitement autorisé au moment où l'employé est devenu cotisant pour la dernière fois et le traitement autorisé à la date de signature du formulaire d'option.

Ne pas inscrire les indemnités n'ouvrant pas à pension.

Veuillez noter que lorsque vous certifiez le traitement à l'une ou l'autre des deux dates, le traitement et les indemnités autorisés après la date en question ne doivent pas être inclus.

Les options exercées par les employés à temps plein et à temps partiel seront basées sur le traitement équivalent temps plein.

\* Les options exercées par les employées à temps plein qui bénéficient de droits acquis seront basées sur le traitement reçu et non sur le traitement équivalent temps plein (ETP) du poste.

Une copie du formulaire, comportant la signature originale de l'employé, doit être envoyée à la Direction des pensions de retraite **dans les 60 jours** qui suivent sa réception au bureau du personnel.



**ELECTION FORM FOR ELECTIVE PENSIONABLE SERVICE FORMULAIRE POUR SERVICE ACCOMPAGNÉ D'OPTION**

**Read instructions carefully before completing Lire les instructions avant de remplir**

**Part A - To be completed by the personnel office (when completed, forward all copies to the contributor).** **Partie A - À être remplie par le bureau du personnel (ensuite faire parvenir tous les exemplaires au cotisant).**

Department - Ministère	Branch or Service - Direction ou Service	PRI - CIDP	Superannuation No. - N° de pension de retraite
Address of Personnel Office - Adresse du bureau du personnel		Telephone No. - N° de téléphone ( ) -	Facsimile No. - N° de télécopieur ( ) -
Pay Office Bureau de paye	Dept. - Min.	PL No. - N° LP	Date Mailed - Posté le Y-A M D-J

**Part B - To be completed by the contributor (retain copy 4 and forward remaining copies by registered mail to your Personnel Office).** **Partie B - À être remplie par le cotisant (conserver l'exemplaire 4 et faire parvenir les autres exemplaires par courrier recommandé, à votre bureau du personnel).**

Surname - Nom	Given Names - Prénoms	Date of Birth - Date de naissance Y-A M D-J	Sex - Sexe
Complete Home Address - Adresse complète du domicile		Telephone No. - N° de téléphone Home - Domicile : ( ) - Work - Travail : ( ) -	Date Mailed - Posté le Y-A M D-J

**I hereby elect to pay for this service for pension purposes.**

**Je choisis de racheter les périodes de service ci-après aux fins de**

- SERVICE TYPE CODES:**
- Past Service in the Public Service - Indicate Department, etc.
  - War Service - Indicate Branch of Service, Rank, Regimental Number.
  - Pensionable Employment other than Public Service - Indicate name and address of employer (see note 5 on reverse prior to completing)
  - Correctional Service or Air Traffic Control Service - Indicate if operational or non-operational service in "Particulars Concerning Employer" column

- CODES TYPE DE SERVICE :**
- Service antérieur dans la fonction publique - Indiquer le ministère, etc.
  - Service en temps de guerre - Indiquer l'armée, le grade, le numéro matricule.
  - Service ouvrant droit à pension à l'extérieur de la fonction publique - Indiquer le nom et l'adresse de l'employeur (voir la note 5 au verso avant de remplir)
  - Service avec le Service correctionnel ou au contrôle de la circulation aérienne - Indiquer à la colonne « Précisions concernant l'employeur » s'il agit de service opérationnel ou non opérationnel

Service Type Code Code type de service	Part-time Yes or No Temps partiel Oui ou non	Particulars Concerning Employer Précisions concernant l'employeur	From - Du			To - Au		
			Year Année	Month Mois	Day Jour	Year Année	Month Mois	Day Jour

**PENSIONABLE SERVICE UNDER THE ROYAL CANADIAN MOUNTED POLICE OR CANADIAN FORCES PENSION ACTS** **SERVICE OUVRANT DROIT À PENSION AUX TERMES DES LOIS SUR LA PENSION DE LA GENDARMERIE ROYALE DU CANADA OU DES FORCES CANADIENNES**

<input type="checkbox"/> RCMP GRC	<input type="checkbox"/> CF FC	Regimental No. - N° matricule	Date of Discharge Date de démobilisation	Y-A M D-J	From - Du			To - Au		
					Year Année	Month Mois	Day Jour	Year Année	Month Mois	Day Jour

**Method of payment: I further elect to make my contributions in the following manner.**

**Mode de paiement : Je m'engage aussi à verser mes cotisations de la façon suivante.**

PAYABLE TO THE RECEIVER GENERAL FOR CANADA - FAIT À L'ORDRE DU RECEVEUR GÉNÉRAL DU CANADA

Monthly deduction of minimum monthly payment/See Agreement 2  
Versement mensuel du paiement mensuel minimum/Voir convention 2

Monthly Deduction of  
Versement mensuel de \$ \_\_\_\_\_ And/Or  
Et/Ou

Enclosed is Ci-joint  Lump Sum of  
Montant forfaitaire de \$ \_\_\_\_\_  Cheque  
Chèque  Draft  
Traite  Money Order  
Mandat  RRSP Transfer  
Transfert d'un REER

**Important: See Note 4 "LUMP SUM PAYMENT" from the instruction page.**

**Important : Voir la remarque 4 « PAIEMENT FORFAITAIRE » à la page des directives**

**AGREEMENT**

**CONVENTION**

- Where the contributor makes a lump sum payment:  
If in the opinion of the Director, Superannuation Directorate, the *Public Service Superannuation Act* and regulations made thereunder require a larger contribution to be made than the amount of the lump sum payment that I have made, I agree on demand to pay the difference between these two amounts in accordance with either of the methods of payment mentioned above.  
  
I understand that if the lump sum paid is greater than the contribution required, a refund will be made.
- Where the contributor agrees to pay by monthly deductions:  
The monthly payment in respect of the periods of service selected herein will not be less than the amount stated above, unless "minimum monthly payment" is indicated. If in the opinion of the Director, Superannuation Directorate, the *Public Service Superannuation Act* and regulations made thereunder require larger monthly installments to be made in respect of the said service, I hereby authorize such larger monthly installments to be deducted from my salary.

- Cotisant qui verse un montant forfaitaire :  
Si, de l'avis du directeur de la Direction des pensions de retraite, la *Loi sur la pension de la fonction publique* et les règlements afférents exigent une cotisation supérieure au montant que j'ai versé, j'accepte, sur demande, de verser la différence entre ces deux montants, suivant l'un ou l'autre des modes de paiement mentionnés ci-dessus.  
  
Je comprends que si le montant forfaitaire que j'ai versé est supérieur à la cotisation requise, un remboursement sera effectué.
- Cotisant qui paye par versement mensuel :  
Le paiement mensuel à l'égard des périodes de service précisées dans les présentes ne sera pas inférieur au montant indiqué ci-dessus à moins qu'un « paiement mensuel minimum » ne soit précisé. Si, de l'avis du directeur de la Direction des pensions des retraites, la *Loi sur la pension de la fonction publique* et les règlements afférents exigent des versements mensuels plus élevés pour les périodes de service en question, j'autorise par les présentes que ces montants plus élevés soient retenus sur mon salaire.

Signature of Contributor - Signature du cotisant	Date Y-A M D-J
--	-------------------

**Part C - To be completed by the personnel office (retain copy 3, send copy 2 to the pay office indicated above and copy 1 to Superannuation Directorate, P.O. Box 5010 Shediac, N.B. E4P 9B4)** **Partie C - À être remplie par le bureau du personnel (conserver l'exemplaire 3, envoyer l'exemplaire 2 au bureau de paye précité et l'exemplaire 1 à la Direction des pensions de retraite, C.P. 5010 Shediac (N.-B.) E4P 9B4]**

Date of Receipt Date de réception Y-A M D-J	Registration No. N° d'inscription	Initials Initiales
---	--------------------------------------	-----------------------

Please state the salary rate, superannuable allowance rate, standard and assigned work weeks and effective date for each of the salary and superannuable allowance rates entered. Rates must be reported in one of the five salary units.  
Prière d'indiquer les taux de traitement et des indemnités ouvrant droit à pension, la semaine normale de travail, la semaine désignée de travail et la date d'entrée en vigueur de chacun des taux de traitement et d'indemnités ouvrant droit à pension inscrits. Les taux doivent être conformes à une des cinq unités de traitement.

Salary Units Unités de traitement	Hourly Horaire	Daily Quotidien	Weekly Hebdomadaire	Monthly Mensuel	Annually Annuel	Classification	Level Niveau
				* FTE Salary Rate Taux d'indemnités ETP*	U	* FTE Allowance Rate Taux des allocations ETP*	U
Date of most recent occasion of becoming a contributor Date la plus récente où l'employé est devenu cotisant	Y-A	M	D-J				SWW - SNT AWW - SDT
Date of this election Date de cette option							
Deductions started effective from Retenues prélevées à compter de	Month Mois	Year Année	Certified by - Certifié par			Date Y-A M D-J	
				Telephone No. - N° de téléphone ( ) -			Facsimile No. - N° de télécopieur ( ) -