



PENSION INFORMATION RELEASE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS SUR LES PENSIONS

INSTRUCTIONS

This form is to be completed at retirement or if employed beyond age 65.

Ce formulaire doit être rempli au moment de la retraite ou en cas d'emploi au-delà de 65 ans.

Copies 1 and 2 are to be sent to:
Public Works and Government Services Canada
Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector
P.O. Box 5010
Shediac, N.B.
E4P 9B4

Les exemplaires 1 et 2 doivent être envoyés au :
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle
C.P. 5010,
Shediac (N.-B.)
E4P 9B4

Copy 3 is to be retained by the personnel office.

L'exemplaire 3 doit être conservé par le bureau du personnel.

Copy 4 is to be retained by the employee or the pensioner.

L'exemplaire 4 doit être conservé par l'employé ou le pensionné.

Social Insurance No.
N° d'assurance sociale

Superannuation No.
N° de pension de retraite

Surname - Nom

Given Names - Prénoms

Initials - Initiales

Home Address - Adresse du domicile

Department - Ministère

Branch - Direction

Place of work - Lieu de travail

Pursuant to Section 8 of the *Privacy Act* and applicable clauses of the Canada Pension Plan (CPP) or the Quebec Pension Plan (QPP), I hereby authorize disclosure of my name, social insurance number, retirement or disability pension commencement date or termination date between the administrators of the Canada Pension Plan, Quebec Pension Plan and Public Service Superannuation Plan, as required by the law. This information is stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 702 and is protected from unauthorized disclosure pursuant to the provisions of the *Privacy Act*.

Aux termes de l'article 8 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et des dispositions pertinentes du Régime de pension du Canada (RPC) ou du Régime des rentes du Québec (RRQ), j'autorise, par la présente, la divulgation de mon nom, de mon numéro d'assurance sociale, de la date de début ou de fin de ma pension de retraite ou d'invalidité entre les administrateurs du Régime de pension du Canada du Régime, des rentes du Québec et du Régime des pensions de retraite de la fonction publique, tel que prescrit par la loi. Ces renseignements sont placés dans le fichier de renseignements personnels numéro TSPGC PCE 702 et ils sont protégés contre toute divulgation non autorisée conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

RESTRICTIONS

Information will only be communicated if:

- The applicable administration certifies in a form satisfactory to the Canada Pension Plan or the Quebec Pension Plan, that the information will not be disclosed to any creditor or person not entitled to the information.
- The person who signs the authorization is the contributor or his legal representative.

Les renseignements ne seront divulgués que si :

- L'administration visée garantit de façon jugée acceptable par le Régime de pension du Canada ou par le Régime des rentes du Québec que ces renseignements ne seront transmis à aucun créancier ou à aucune personne non autorisée.
- Le signataire est le cotisant ou son mandataire.

STATEMENT OF UNDERTAKING - DÉCLARATION D'ENGAGEMENT

I do hereby attest that:

A - I am not in receipt of benefits under the CPP or the QPP.

If I become entitled to any disability or retirement benefits under the CPP or the QPP before or after retirement from the Public Service, I will either forward a copy of my award letter, or inform Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector.

B - I am in receipt of benefits under the CPP or the QPP, excluding survivor benefits, as follows:

Retirement Benefits under the CPP or the QPP (Age 65);

Early Retirement Benefits under the CPP or the QPP;

Disability Benefits under the CPP or the QPP.

C - I have applied for benefits under the CPP or the QPP. If I become entitled to disability or retirement benefits, I will either forward a copy of my award letter, or inform Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector.

Je certifie par les présentes que :

A - Je ne reçois pas de prestations au titre du RPC ou du RRQ.

Si je deviens admissible à des prestations d'invalidité ou de retraite au titre du RPC ou du RRQ, avant ou après avoir pris ma retraite de la fonction publique, j'enverrai une copie de la lettre d'admissibilité au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle ou j'en aviserai cette dernière.

B - Je bénéficie des prestations suivantes au titre du RPC ou du RRQ, excluant les prestations au survivant :

Prestations de retraite au titre du RPC ou du RRQ (65 ans);

Prestations de retraite anticipée au titre du RPC ou du RRQ;

Prestations d'invalidité au titre du RPC ou du RRQ.

C - J'ai présenté une demande de prestations au titre du RPC ou du RRQ. Si je deviens admissible à des prestations d'invalidité ou de retraite, j'enverrai une copie de la lettre d'admissibilité au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle ou, j'en aviserai cette dernière.

IMPORTANT (Please read carefully) - IMPORTANT (Lire attentivement)

D - If you received your benefit entitlement notice, please send a copy to Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector.

D - Si vous avez reçu un avis vous informant que vous avez droit à des prestations, veuillez en envoyer une copie au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle.

E - You will be required to repay any overpayment of your Superannuation Annuity resulting from any subsequent or retroactive entitlement to disability benefits under the CPP or the QPP.

E - Vous devrez rembourser tout paiement en trop de votre pension de retraite si vous touchez des prestations d'invalidité ultérieures ou avec effet rétroactif, au titre du RPC ou du RRQ.

AUTHORIZATION - AUTORISATION

I have read the restrictions and I understand the nature and effect of this authorization to communicate the above information to the administration named herein.

J'ai lu les restrictions et je comprends la nature et la portée de cette autorisation à communiquer les renseignements ci-dessus à l'administration nommée dans la présente.

I am the contributor.

Je suis le cotisant.

I am the legal representative.

Je suis le mandataire.

Signature

Date

Y-A M D-J

Telephone No. (including area code)

N° de téléphone (y compris l'indicatif régional)