



Post-retirement Life Insurance Plan

1. Application 2. Option Out 3. Cancellation

NOTE: This application or option out form must be received by the Superannuation Transition and Client Services Sector within six months prior to or two months after your date of retirement.

To be completed by the applicant

4. Surname	5. Given Names (Initials)	6. Date of Birth (Y - M - D)	7. Superannuation No.
------------	---------------------------	---------------------------------	-----------------------

8. Mailing Address

9. Name of Beneficiary	10. Relationship
------------------------	------------------

11. I reserve the right to revoke the beneficiary appointment Yes No

12. Coverage Option

I hereby apply for the employer-paid Post-retirement Life Insurance coverage. I understand that the employer funding of this coverage will constitute a taxable benefit.

I hereby choose not to be covered under the employer-paid Post-retirement Life Insurance Plan. I understand that this option is irrevocable.

I hereby elect to cancel my coverage under the Post-retirement Life Insurance Plan. I understand that this cancellation is irrevocable and will be effective the first day of the month following the date this notification is received by the Superannuation Pension Transition and Client Services Sector.

Signature	Date (Y - M - D)	Telephone No. (Home)
-----------	------------------	----------------------

For Departmental Use Only

13. Date received (Y - M - D)	14. Employee Classification	15. Final Salary
-------------------------------	-----------------------------	------------------

16. Effective date of coverage (Date employee is SOS and entitled to a continuing pension benefit) (Y - M - D)

17. Department Name and Mailing Address

Signature ▶	Date (Y - M - D)	Telephone No.
-------------	------------------	---------------

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. All information will be protected under the provisions of the *Privacy Act*. The information will be placed in Personal Information Bank Number PWGSC PCE 704. Access to this material is controlled by the Custodian of the bank, the Director of the Superannuation Pension Transition and Client Services Sector.

Name and address

This acknowledges receipt of your

1. Application 2. Option Out 3. Cancellation

Date received (Y - M - D)	Signature
---------------------------	-----------



Régime d'assurance-vie après la retraite

1. Demande d'adhésion

2. Demande d'exclusion

3. Demande d'annulation

REMARQUE : La demande d'adhésion ou d'exclusion doit parvenir au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la Clientèle au plus tôt six mois avant et au plus tard.

À remplir par le requérant

4. Nom	5. Prénoms (initiales)	6. Date de naissance (A - M - J)	7. N° de pension de retraite
--------	------------------------	-------------------------------------	------------------------------

8. Adresse postale

9. Nom du bénéficiaire	10. Lien de parenté
------------------------	---------------------

11. Je me réserve le droit de révoquer le bénéficiaire Oui Non

12. Option concernant la protection

Je demande à bénéficier de la protection prévue par le Régime d'assurance-vie après la retraite aux frais de l'employeur. Je comprend que les fonds engagés par l'employeur en vertu de cette protection constitueront un avantage imposable.

Je renonce à la protection prévue par le Régime d'assurance-vie après la retraite aux frais de l'employeur. Je comprends que cette option est irrévocable.

Je choisis d'annuler la protection dont je bénéficie en vertu du Régime d'assurance-vie après la retraite. Je comprends que cette décision est irrévocable et qu'elle prendra effet le premier jour du mois suivant celui où le Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la Clientèle aura reçu cet avis.

Signature

Date (A - M - J)

N° de téléphone (domicile)

Réservé à l'usage du ministère

13. Date de réception (A - M - J)	14. Classification de l'employé	15. Dernier taux de traitement
--------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

16. Date d'entrée en vigueur de la protection (date à laquelle l'employé est rayé de l'effectif et a droit à une prestation de retraite continue) (A - M - J)

17. Nom et adresse postale du ministère

Signature ▶	Date (A - M - J)	N° de téléphone
-------------	---------------------	-----------------

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 la vérification de l'admissibilité et pour les recherches statistiques. Tous les renseignements seront protégés conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Ils seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 704. L'accès à ces documents est contrôlé par le Gardien des fichiers de renseignements personnels, c'est-à-dire le directeur du Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la Clientèle.

Nom et adresse

Nous accusons réception de votre

1. Demande d'adhésion

2. Demande d'exclusion

3. Demande d'annulation

Date de réception (A - M - J)	Signature
-------------------------------	-----------