



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

File number

Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected for the purpose of the administration of the Pension Benefits Division Act (PBDA) and is essential to making a decision directly affecting you.

A. APPLICANT

Surname Given Name(s)

I am applying as the:

Plan member Spouse or former spouse of the plan member Personal representative of the: Plan member Spouse or former spouse of the plan member

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

C. PLAN MEMBER

Surname Given Name(s) Date of Birth Current/Most Recent Public Service Employer Member's Identification No. Date of Retirement (if applicable)

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

I hereby request confirmation as to whether the person named in the attached document is the designated beneficiary in respect of the member's Supplementary Death Benefit under the Public Service Superannuation Act.

Signature Date

E. SUPPORTING DOCUMENTS

Certified true copy of the Court Order or Spousal Agreement (if available) Statutory Declaration (PWGSC-TPSGC 2483) outlining period(s) of cohabitation and any breaks therein (if applicable) Certified true copy of the document (if applicable) that authorizes a representative to act on behalf of the member or the spouse or former spouse

F. APPLICANT'S SIGNATURE

I hereby request pension benefits division information, in respect of the member named in Section (C) of this request, in accordance with the Pension Benefits Division Act.

Signature Date

Note: Every person who knowingly makes a false or misleading representation in any application or other proceeding under the Pension Benefits Division Act is guilty of an offence punishable on summary conviction.



**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**

Numéro de dossier

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis aux fins de l'administration de la *Loi sur le partage des prestations de retraite* (LPPR) et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. Un refus de répondre vous priverait d'obtenir les renseignements sur le partage des prestations de pension à l'égard d'une pension de la fonction publique. 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 et conservés par une institution du gouvernement fédéral et de demander des corrections si, selon vous, ils sont erronés ou incomplets. Les renseignements personnels que vous fournissez au sujet d'une autre personne peuvent être communiqués à celle-ci en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

A. REQUÉRANT

Nom Prénoms

Je fais cette demande en tant que :

- Participant au régime Conjoint ou ancien conjoint du participant au régime
Mandataire du : Participant au régime Conjoint ou ancien conjoint 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

Employeur de la fonction publique actuel ou le plus récent N° d'identification du participant Date de la retraite (s'il y a lieu)

Ministère Direction - Division Endroit

D. CONFIRMATION DE L'ÉTAT DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES DE DÉCÈS (si stipulé dans l'ordonnance de la cour ou le contrat)

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

Signature

Date

E. DOCUMENTS À L'APPUI

- Copie certifiée conforme de l'ordonnance du tribunal ou de l'accord entre conjoints (si disponible) Déclaration solennelle (PWGSC-TPSGC 2483) décrivant les périodes de cohabitation et les interruptions afférentes (s'il y a lieu) Copie certifiée conforme du document (s'il y a lieu) autorisant le mandataire à agir au nom du participant ou du conjoint ou de l'ancien conjoint

F. SIGNATURE DU REQUÉRANT

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

Signature

Date

Remarque : *Quiconque fait, en connaissance de cause, une déclaration trompeuse ou fausse dans une demande ou dans une autre instance en vertu de la Loi sur le partage des prestations de retraite commet une infraction punissable par procédure sommaire.*