



DEFAULT NOTICE
AVIS DE PAIEMENT EN SOUFFRANCE

Superannuation no. N° de pension de retraite
- -

To - À Public Works and Government Services Canada Superannuation Directorate P.O. Box 5010 Shediac, N.B. E4P 9B4	Travaux publics et Services gouvernementaux Canada Direction des pensions de retraite C.P. 5010 Shediac (N.-B.) E4P 9B4	Contributor's name - Nom du cotisant		PRI - CIDP
		Department - Ministère	Paylist - Liste de paye	Employee no. - N° de l'employé

In reference to superannuation arrears for - Au sujet des arriérés de pension de retraite pour :

1	The election dated L'option exercée le	Y-A M D-J _____	2	The monthly deduction required La retenue mensuelle exigée	
----------	---	------------------------------	----------	---	--

3 The payments of the above-named contributor are in default - Les paiements du cotisant susmentionné sont en souffrance
Period of default - Période de défaut de paiement :

From - De		To - À		Reason - Motif	From - De		To - À		Reason - Motif
Month - Mois	Year - Année	Month - Mois	Year - Année		Month - Mois	Year - Année	Month - Mois	Year - Année	

4 Monthly deductions taken - Retenues mensuelles prélevées :

From - De		To - À		While a contributor at \$ per month Pendant qu'il cotisait montant mensuel	While not a contributor at \$ per month Pendant qu'il ne cotisait pas montant mensuel	Post 1989 at \$ per month Après 1989 montant mensuel	RCA at \$ per month CR montant mensuel
Month - Mois	Year - Année	Month - Mois	Year - Année				

5 Lump sum payments received - Paiements forfaitaires reçus :

Date of payment Date du paiement			Amount - Montant	While a contributor at \$ per month Pendant qu'il cotisait montant mensuel	While not a contributor at \$ per month Pendant qu'il ne cotisait pas - montant mensuel	Post 1989 at \$ per month Après 1989 montant mensuel	RCA at \$ per month CR montant mensuel
Y-A	M	D-J					

6 Certification - Attestation :

I hereby certify that the above information is an accurate transcription of pay office records. The deductions will continue at the indicated monthly rate, unless further notification is received from the Superannuation Directorate.

Rate - Taux

J'atteste, par la présente, que les renseignements susmentionnés constituent une transcription exacte des dossiers du bureau de paye. Les retenues seront prélevées au taux mensuel précisé, à moins d'indication contraire de la Direction des pensions de retraite.

Pay Officer - Agent de la paye

Name - Nom	Location - Lieu	Tel. no. - N° de tél. () ____ - ____ []	Signature	Date Y-A M D-J
------------	-----------------	--	-----------	----------------