



SUPPLEMENTARY DEATH BENEFIT CLAIM FORM FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES DE DÉCÈS

Provision of the information requested on this document is required by law in accordance with the Public Service Superannuation Act for administration of a Supplementary Death Benefit claim. This information is stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 702 and is protected from disclosure to unauthorized persons/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. Personal information that you provide about another individual may be accessible to that person under the *Privacy Act*.

La communication des renseignements demandés dans ce document est requise en vertu de la Loi sur la pension de la fonction publique pour l'administration d'une demande de prestations supplémentaires de décès. Ces renseignements seront consignés dans le fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702 et ils seront 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*.

NOTE: Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector will not make payment to any beneficiary other than a legal spouse or the participant's estate until such time as a completed copy of this form is received.

REMARQUE : Le Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle ne versera aucun paiement à un bénéficiaire autre que le conjoint légal ou la succession du participant avant d'avoir reçu un exemplaire dûment rempli de ce formulaire.

Superannuation No. - N° de pension de retraite	Name of Beneficiary - Nom du bénéficiaire	Social Insurance Number Numéro d'assurance sociale
Date of Designation - Date de la désignation Y - A M D - J	Mailing Address - Adresse postale	Telephone Number Numéro de téléphone

This is to certify that I am the named beneficiary and that on the date of designation I was residing at the address below.
J'atteste par la présente que je suis le bénéficiaire nommé ci-dessus et qu'à la date de la désignation je résidais à l'adresse ci-dessous.

**Address
Adresse**

That my date of birth is _____,
(Year, Month, Day)

Que ma date de naissance est le _____,
(année, mois, jour)

To the best of my knowledge, I am the person designated as the beneficiary of the late

À ma connaissance, je suis la personne désignée comme bénéficiaire de feu

Signed at _____,

Signé à _____,

this _____ day of _____,

ce _____ jour de _____.

(Signature of Beneficiary)

(Signature du bénéficiaire)

(Signature of Witness)

(Signature du témoin)