



**Notice of Cancellation  
Public Service Health Care Plan (PSHCP)**

The information you provide is collected under the authority of Treasury Board for the administration of the Public Service Health Care Plan. The completion of this form is optional and all information will be protected under the provisions of the *Privacy Act*. The information will be placed in Personal Information Bank Number PWGSC PCE 703. Access to this material is controlled by the Custodian of the bank, the Director of the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector.

**Avis d'annulation  
Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP)**

Les renseignements fournis dans le présent document sont recueillis avec l'autorisation du Conseil du Trésor aux fins d'administration du Régime de soins de santé de la fonction publique. Vous n'êtes pas tenu de remplir le présent formulaire et tous les renseignements obtenus seront protégés en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Les renseignements obtenus seront consignés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 703. L'accès à ces documents est contrôlé par le gardien du fichier, le directeur du Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle.

<b>NOTE:</b> This form is to be used for complete cancellation of coverage only. Employees wishing to amend their coverage must complete a PSHCP application form (TBS 006491).		<b>NOTA :</b> Ce formulaire ne doit servir qu'à l'annulation complète de la protection. Les employés qui souhaitent simplement modifier leur protection doivent remplir une demande d'adhésion au RSSFP (TBS 006491).	
<b>TO - À</b>  Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector  P.O. Box 5010 Shediac, N.B. E4P 9B4		<b>FROM - DE</b>  Nom et adresse complète du ministère Name and complete address of Department	
Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle  C.P. 5010 Shediac (N.-B.) E4P 9B4			
Surname - Nom	Given Names - Prénoms	Paylist No. N° de liste de paye	Certificate No. N° de certificat
Superannuation No. N° de pension de retraite	PRI - CIDP	Last Deduction - Dernière retenue MONTH - MOIS      YEAR - ANNÉE	Contribution - Cotisation

**Authorization by Employee - Autorisation de l'employé**

**NOTE:** This section may be completed by the employee in lieu of providing a written request for cancellation. The employee need not complete this section if he has provided written notification.

**NOTA :** L'employé peut remplir cette section au lieu de présenter une demande d'annulation écrite. Il n'est pas tenu de la remplir s'il a déjà envoyé un avis écrit.

I hereby request complete cancellation of all coverage under the Public Service Health Care Plan. If, at a later date, I wish to reinstate my coverage, that coverage will only commence on the first of the fourth month following the date the new application is received by the Personnel Office.

Je demande, par la présente, l'annulation complète de tout protection dont je bénéficie aux termes du Régime de soins de santé de la fonction publique. Si, à une date ultérieure, je souhaite me réinscrire au Régime, la protection n'entrera en vigueur que le premier jour du quatrième mois suivant la date de réception de la nouvelle demande par le bureau du personnel.

Member's Signature - Signature du participant

Y-A M D-J

**For Personnel Office Use Only - Réserve au bureau du personnel**

The above-named employee has requested cancellation of coverage  
L'employé susnommé a demandé l'annulation de sa garantie

The employee has signed the above authorization  
L'employé a signé l'autorisation ci-dessus

**OR - OU**

The employee's written notification is attached  
Un avis écrit de l'employé est annexé

The request for cancellation was received by this office on  
Notre bureau a reçu la demande d'annulation le

Y-A	M	D-J
-----	---	-----

Date

**Certification by Personnel Office - Attestation du bureau du personnel**

I hereby certify that the necessary action has been taken to cease deductions from the above-named employee's salary.

Je certifie par la présente que les dispositions nécessaires ont été prises pour interrompre les retenues sur le traitement de l'employé susnommé.

Signature of Designated Officer - Signature de l'agent désigné	Date (Y-A M D-J)	Telephone No. - N° de téléphone
Remarks - Remarques		