



## ELECTION FORM FOR TRANSFER VALUE SERVICE FORMULAIRE POUR OPTION DE RACHAT DE SERVICE VISÉ PAR UNE VALEUR DE TRANSFERT

<b>Read instructions carefully before completing</b>	<b>Lire les instructions attentivement avant de remplir</b>
<b>Part A - To be completed by the personnel office (when completed, forward all copies to the contributor.)</b>	<b>Partie A - Doit être remplie par le bureau du personnel (ensuite, faire parvenir le tout au cotisant.)</b>

Department - Ministère	Branch or Service - Direction ou Service	PRI - CIDP	Superannuation No. N° de pension de retraite
Address of Personnel Office - Adresse du bureau du personnel		Telephone No. - N° de téléphone	Facsimile No. - N° de télécopieur
		Pay Office Bur. de paye	Dept. - Min.
		PL No. - N° LP	Date Mailed Posté le Y-A M D-J

<b>Part B - To be completed by the contributor (retain copy 3 and forward remaining copies by registered mail to your personnel office or to the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector).</b>	<b>Partie B - Doit être remplie par le cotisant (conserver l'exemplaire 3 et faire parvenir les autres exemplaires par courrier recommandé à votre bureau du personnel ou au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle).</b>
--	---

Surname - Nom	Given Name(s) - Prénom(s)	Date of Birth - Date de naissance Y-A M D-J	Sex - Sexe
---------------	---------------------------	--	------------

Complete Home Address - Adresse complète du domicile	Telephone No. - N° de téléphone
	Home - Domicile :                      Work - Travail :
	Date Mailed                      Y-A      M      D-J Posté le

I hereby elect to pay to reinstate the full period(s) of my transfer value service.                      Je choisis de rétablir entièrement la ou les période(s) de service visée(s) par une valeur de transfert.

### OR / OU

I hereby elect to pay to reinstate a portion of my transfer value service corresponding to the amount of:                      Je choisis de rétablir uniquement la partie du service qui correspond :

\$ \_\_\_\_\_ and/or the following period of service: \_\_\_\_\_ years and \_\_\_\_\_ days                      à une somme de \_\_\_\_\_ \$ ou à une période de \_\_\_\_\_ années et de \_\_\_\_\_ jours.

**NOTE: The Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector will only reinstate the most recent period(s) of pensionable service corresponding to the amount received.**

**REMARQUE : Le Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle ne rétablira que la ou les périodes de service les plus récentes; en fonction de la somme versée.**

**IMPORTANT: See note 4 "PAYMENT METHOD" on the instructions page.**

**IMPORTANT : Voir la remarque 4 « MODE DE PAIEMENT » à la page des directives.**

**AGREEMENT**

**CONVENTION**

I hereby elect to pay to reinstate past transfer value service in a lump sum payment. If the amount received is less than the full cost required to reinstate the full previous transfer value service, then I agree that only a portion of the service will be reinstated.

Je m'engage par la présente à verser une somme forfaitaire pour rétablir le service antérieur visé par une valeur de transfert. Si le montant versé est inférieur au coût total demandé pour racheter tout le service antérieur visé par une valeur de transfert, j'accepte que seulement une partie du service soit rétablie.

I understand that if the lump sum paid is greater than the contribution required, a refund will be made.

Je comprends que si je verse une somme forfaitaire supérieure à la cotisation demandée, un remboursement sera fait.

Signature of Contributor - Signature du cotisant	Election Date - Date d'exercice de l'option Y-A M D-J
--	--

<b>Part C - To be completed by the personnel office (retain copy 2 and send copy 1 to the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector, P.O. Box 5010, Shediac, N.B. E4P 9B4)</b>	<b>Partie C - Doit être remplie par le bureau du personnel (conserver l'exemplaire 2 et envoyer l'exemplaire 1 au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle, C.P. 5010, Shediac (N.-B.) E4P 9B4)</b>
--	---

Date of Receipt Date de réception                      Y-A      M      D-J	Registration No. N° d'inscription	Initials Initiales
---	--------------------------------------	-----------------------

## ELECTION FORM FOR TRANSFER VALUE SERVICE

Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected for the purpose of the administration of the *Public Service Superannuation Act* (PSSA) and is essential to making a decision directly affecting you. This information will be stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 702. It is protected from disclosure to unauthorized persons or 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.

### Instructions to the Contributor

#### 1. Completion of Form

Care should be taken when completing this form since, under most circumstances, an election is a binding, irrevocable agreement. Please ensure that the dates of the service which you enter are complete and accurate. If you have more than one transfer value option, then the most recent transfer value must be purchased in its entirety first.

#### 2. Forwarding of Form

If you are a new contributor, you must make your election within one year from the date of issue of the "Notification of Contributory Status" (PWGSC-TPSGC 2018) that you have received.

If you are already a contributor prior to the effective date of the new transfer value reinstatement regulations, the completed election form must be forwarded within one year of that date.

The completed election form must be forwarded within the appropriate time outlined above, to your personnel office or to the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector at the following address:

Superannuation, Pension Transition and  
Client Services Sector  
P.O. Box 5010  
Shediac, N.B.  
E4P 9B4

Use of registered mail is recommended, however, you may also hand deliver it to your personnel office. If sent by registered mail, the receipt of registration should be kept for your records. The date on which this form is mailed must be indicated in the space provided in Part "B".

#### 3. Validation of Election

##### Medical

An election for reinstatement of transfer value service must be validated by a medical examination. You must undergo an examination within 90 days prior to or 6 months after making the election. The required medical forms to be completed by your physician should be forwarded to the Regional Medical Services Office (Health Canada) as indicated on the medical forms.

#### 4. Payment Method

Only payments received within 90 days of the date the election is received by the Minister will be accepted and used to calculate the pensionable service that can be reinstated.

#### 5. Past Service Pension Adjustment (PSPA)

A PSPA must be reported to the Canada Revenue Agency (CRA) for all elections in respect of post-1989 service. Where CRA does not approve the PSPA, the election will be declared invalid.

#### 6. Inquiries

If you require further information on the completion of the "Election Form for Transfer Value Service", please contact the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector, at 1 800 883-1411.

### Instructions to the Personnel Office and to the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector

The date of receipt, registration number and initials must be recorded in the space provided in Part "C".

Copy 1 of this form, with the employee's original signature, must be forwarded to the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector, immediately upon receipt by the personnel office.

## FORMULAIRE POUR OPTION DE RACHAT DE SERVICE VISÉ PAR UNE VALEUR DE TRANSFERT

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis aux fins de l'administration de la *Loi sur la pension de la fonction publique* (LPFP) et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. 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 qui sont conservés par une institution du gouvernement fédéral et de demander des corrections ou des modifications si, selon vous, ils sont erronés ou incomplets.

### Directives à l'intention du cotisant

#### 1. Comment remplir le formulaire

Il faut remplir le formulaire avec grand soin, car, dans la plupart des cas, l'option exercée est considérée comme étant une entente exécutoire et irrévocable. Veuillez vous assurer que les dates des périodes de service inscrites soient complètes et exactes. Si vous avez reçu plusieurs prestations de valeur de transfert, vous devez en premier racheter entièrement le service qui correspond à la plus récente prestation de valeur de transfert.

#### 2. Transmission du formulaire

Si vous êtes un nouveau cotisant, vous devez exercer votre option dans l'année qui suit la date d'émission de l'avis intitulé « Notification concernant le statut de cotisant » (PWGSC-TPSGC 2018) que vous avez reçu.

Si vous étiez cotisant avant la date d'entrée en vigueur des nouveaux règlements concernant le rachat de service visé par une valeur de transfert, le présent formulaire dûment rempli doit être envoyé au plus tard dans un délai d'un an à compter de ladite date d'entrée en vigueur.

Le formulaire dûment rempli doit être envoyé, dans le délai d'un an qui s'applique à votre cas, à votre bureau du personnel ou au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle, à l'adresse suivante :

Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des  
pensions et Services à la clientèle  
C.P. 5010  
Shediac (N.-B.)  
E4P 9B4

Il est conseillé d'envoyer le formulaire par courrier recommandé. Toutefois, vous pouvez le remettre en main propre à votre bureau du personnel. Si vous l'envoyez par courrier recommandé, vous devriez conserver le reçu remis par la poste. La date à laquelle le présent formulaire est posté doit être inscrite dans la case prévue à cet effet dans la partie « B ».

#### 3. Validation de l'option

##### Examen médical

Pour valider l'option de rachat de service visé par une valeur de transfert, vous devez subir un examen médical dans les 90 jours qui précèdent la date d'exercice de l'option ou dans les 6 mois qui suivent cette date. Les formulaires à remplir par votre médecin doivent être envoyés au bureau régional des services médicaux (Santé Canada) comme indiqué sur les formulaires d'examen médical.

#### 4. Mode de paiement

Seuls les paiements reçus dans les 90 jours suivant la date à laquelle le ministre reçoit l'option seront acceptés et serviront à calculer la période de service ouvrant droit à pension rachetée par le cotisant.

#### 5. Facteur d'équivalence pour services passés (FESP)

Il faut indiquer à l'Agence du revenu du Canada (ARC) le facteur d'équivalence à l'égard de toute option exercée se rapportant à une période de service postérieure à 1989. Si l'ARC n'approuve pas le FESP, l'option sera déclarée invalide.

#### 6. Renseignements

Pour toute demande d'information supplémentaire pour remplir le « Formulaire pour option de rachat de service visé par une valeur de transfert », veuillez vous adresser au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle, au 1 800 883-1411.

### Directives à l'intention du bureau du personnel et du Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle

La date de réception, le numéro d'inscription et les initiales doivent être inscrits dans les cases prévues à cette fin dans la partie « C ».

L'exemplaire 1 du formulaire (l'original signé par l'employé) doit être envoyé au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle, dès sa réception par le bureau du personnel.