



**APPLICATION FOR DIVISION OF 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 required by law in accordance with the *Pension Benefits Division Act* (PBDA) for the purpose of providing a division of pension benefit. 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*.

A. PLAN MEMBER

Surname		Given Name(s)	Member's Identification No.
Address			Date of Retirement (if applicable) (Y - M - D)
Current/Most Recent Public Service Employer Department		Branch/Division	Date of Birth (Y - M - D)
		Location	

B. SPOUSE OR FORMER SPOUSE OF PLAN MEMBER

Surname		Given Name(s)	Social Insurance Number
Address			

C. APPLICANT

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

D. SUPPORTING DOCUMENTS

Certified true copy of the court order or spousal agreement providing for the division of the member's *Public Service Superannuation Act* pension

Certified true copy of the court order or other document (if applicable) that authorizes a personal representative to act on behalf of the member or the spouse or former spouse

Statutory Declaration (PWGSC-TPSGC 2484)

Certified true copy of the marriage certificate (if applicable)

Instructions on how to direct pension benefit division funds

Certified true copy of the death certificate of the member, spouse or former spouse (if applicable)

E. APPLICANT'S SIGNATURE

I hereby apply for the division of the pension benefits accrued to the plan member named herein under the *Public Service Superannuation Act* in accordance with the *Pension Benefits Division Act*.

Signature

Date (Y - M - D)

The completed application and supporting documents are to be returned to:

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

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 PARTAGE D'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 requise en vertu de la *Loi sur le partage des prestations de retraite* (LPPR) pour établir une prestation de partage des prestations de pension. 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*.

A. PARTICIPANT AU RÉGIME

Nom		Prénoms	N° d'identification du participant
Adresse			Date de la retraite (s'il y a lieu) (A - M - J)
Employeur de la fonction publique actuel ou le plus récent	Date de naissance (A - M - J)		
Ministère	Direction - Division	Endroit	

B. CONJOINT OU ANCIEN CONJOINT DU PARTICIPANT AU RÉGIME

Nom		Prénoms	Numéro d'assurance sociale
Adresse			

C. REQUÉRANT

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

D. DOCUMENTS À L'APPUI

Copie certifiée conforme de l'ordonnance du tribunal ou de la convention entre conjoints prévoyant le partage de la pension du participant en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique*

Copie certifiée conforme de l'ordonnance du tribunal ou de tout autre document (s'il y a lieu) autorisant un mandataire à agir au nom du participant, du conjoint ou de l'ancien conjoint

Déclaration solennelle (PWGSC-TPSGC 2484)

Copie certifiée conforme du certificat de mariage (s'il y a lieu)

Instructions sur la façon d'administrer les fonds relatifs au partage des prestations de retraite

Copie certifiée conforme du certificat de décès du participant, du conjoint ou de l'ancien conjoint (s'il y a lieu)

E. SIGNATURE DU REQUÉRANT

Par la présente, je demande le partage des prestations de retraite accumulées au participant nommé dans le présent document en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique* conformément à la *Loi sur le partage des prestations de retraite*.

Signature

Date (A - M - J)

La demande remplie et les documents à l'appui doivent être renvoyés au :

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

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.**