

NAMING OR SUBSTITUTION OF A BENEFICIARY

For Supplementary Death Benefit (Part II of the *Public Service Superannuation Act*)

* You must be a participant in the Supplementary Death Benefit (SDB) Plan to complete this form; otherwise, the form will be invalid. You may cancel or change your beneficiary at any time while a participant, whether employed or retired.

Participant Information - PLEASE PRINT

Surname - Nom	Given Name and Initial(s) - Prénom et initiales
Complete Mailing Address - Adresse postale complète	
	Postal Code - Code postal

Provision of the information requested on this document is required by law in accordance with the *Public Service Superannuation Act* for the purpose of designating a beneficiary. This information is stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 705 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*.

INSTRUCTIONS

- Complete all unshaded areas. PLEASE PRINT.
- Amendments are not acceptable unless initialed by the participant and the witness.
- Both the participant and the witness must sign this form in ink.

IMPORTANT

You may only have one designated beneficiary at a time. **You may designate:**

- any person over 18 years of age on the date of naming;
- any registered charitable or benevolent organization or institution (name and registration number of the institution are required);
- any religious or educational organization (name is required);
- your Estate (print "Estate" in the space provided for the beneficiary). If you only wish to cancel the previous designation and **not** name a new beneficiary, simply print "Estate".

An ineligible or ambiguous designation will render this form invalid.

NOTE: Upon your death, your named beneficiary may become entitled to certain lump sum benefits which are payable under Part I of the *Public Service Superannuation Act*. A naming takes effect the date this form is completed; however, this form must be received by the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector prior to your death.

DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

Visant la prestation supplémentaire de décès (partie II de la *Loi sur la pension de la fonction publique*)

* Vous devez cotiser au Régime de prestations supplémentaires de décès (PSD) pour remplir ce formulaire; sinon, celui-ci ne sera pas valable. Tant que vous cotiserez au régime, que vous soyez employé ou retraité, vous pouvez, à n'importe quel moment, désavouer votre bénéficiaire, ou en nommer un nouveau.

Information sur le participant - ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

PRI - CIDP	Pension no. - N° de pension
Marital Status - État civil	Sex Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date of Birth Date de naissance	Y - A M D - J

La communication des renseignements demandés dans ce document est requise en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique* dans le but de désigner un bénéficiaire. Ces renseignements seront consignés dans le fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 705 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*.

INSTRUCTIONS

- Remplir toutes les cases qui ne sont pas ombragées. ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES.
- Les modifications ne seront pas acceptées à moins que le participant et le témoin n'y apposent leurs initiales.
- Le participant et le témoin doivent signer le formulaire en encre.

IMPORTANT

Vous ne pouvez désigner qu'un seul bénéficiaire à la fois. **Vous pouvez désigner :**

- toute personne ayant plus de 18 ans au moment de la désignation;
- toute institution ou organisme de charité enregistré (indiquer le nom et le numéro d'enregistrement de l'institution);
- tout organisme religieux ou à caractère éducatif (indiquer le nom);
- votre succession (inscrire « succession » dans la case du bénéficiaire). Si vous désirez seulement annuler la désignation précédente **sans** nommer un nouveau bénéficiaire, inscrire « succession ».

Une désignation ambiguë ou faite en faveur d'une personne inadmissible rendra ce formulaire non valable.

REMARQUE : Au moment de votre décès, votre bénéficiaire désigné peut avoir droit à certains montants forfaitaires payables aux termes de la partie I de la *Loi sur la pension de la fonction publique*. La désignation entre en vigueur à la date à laquelle ce formulaire est rempli, cependant, le formulaire doit parvenir au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle avant votre décès.

I hereby appoint the following beneficiary and revoke any previous designation.				Par la présente, j'annule toute désignation de bénéficiaire antérieure et je nomme le bénéficiaire suivant.			
Beneficiary's Surname - Nom du bénéficiaire		Given Name(s) - Prénoms		Relationship to you Lien de parenté	Date of birth - Date de naissance Y - A M D - J	CCRA Registration no. (if applicable) N° d'enregistrement de l'ADRC (s'il y a lieu)	
Address - Adresse		Street - Rue	City/R.R. - Ville et route rurale	Province/Country - Province et pays			Postal Code - Code postal
Participant's Signature (all copies must be signed in ink) Signature du participant (tous les exemplaires doivent être signés en encre) X				Witness' Signature, other than beneficiary (all copies must be signed in ink) Signature du témoin, autre que le bénéficiaire (tous les exemplaires doivent être signés en encre) X			
Date (Y-A M D-J)	City/Town - Ville			Province/Country - Province et pays			

After completing this form:

- Forward copies 1 and 2 to the following address:
Public Works and Government Services Canada, Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector, P.O. Box 5010, Shediac, N.B., E4P 9B4
- If you are employed in the public service, forward copy 3 to your personnel office.
- Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector will acknowledge receipt of your "Naming or Substitution of a Beneficiary" (PWGSC-TPSGC 2196) form.

Après avoir rempli ce formulaire :

- Transmettre les exemplaires 1 et 2 à l'adresse suivante :
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle, C.P. 5010, Shediac (N.-B.) E4P 9B4
- Si vous êtes un employé de la fonction publique, l'exemplaire 3 doit être transmis à votre bureau du personnel.
- Le Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle accusera réception de votre formulaire de « Désignation ou changement de bénéficiaire » (PWGSC-TPSGC 2196).

For Office Use Only Réservé à l'administration	For Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector Use Only: Réservé au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle :	Date received - Date reçue Y - A M D - J
--	---	--