



Election to Continue as Participant under Supplementary Death Benefit (SDB) Plan Option de continuer à participer au Régime de prestations supplémentaires de décès (PSD)

Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected for the purpose of continuing coverage under the Supplementary Death Benefit (SDB) Plan after termination of employment and is essential to making a decision directly affecting you. Refusal to respond may result in your SDB coverage not continuing after termination of employment. This information will be stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 702. It 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 facultative. Ces renseignements sont recueillis pour que vous puissiez continuer de participer au Régime de prestations supplémentaires de décès (PSD) après votre cessation d'emploi et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. Si vous refusez de répondre la protection offerte par les PSD pourrait prendre fin quand vous cesserez d'être employé. Ces renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702 et 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 aurez accès aux renseignements personnels vous concernant, conservés par une institution du gouvernement fédéral, et vous pourrez demander que des corrections soient faites si vous croyez que les renseignements 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

1. To constitute an election, this form must be completed and sent by mail to: Public Works and Government Services Canada, Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector, P.O. Box 5010, Shediac, N.B. E4P 9B4 **within one year prior to, or within 30 days after, ceasing to be employed.**
 2. This form **IS NOT REQUIRED** if the benefit entitlement is an immediate annuity for reason of age or disability or an immediate annual allowance. If approval of an immediate annuity due to disability is pending at termination, this form must be completed to guarantee continuation of SDB coverage.
 3. If proof of age has not been submitted to the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector, it should accompany this form.
 4. You may name or change a beneficiary at any time by submitting a completed designation form PWGSC-TPSGC 2196. To obtain this form and further information, please contact your personnel office prior to retirement or the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector after retirement.
 5. If your entitlement is a deferred annuity or an annual allowance payable at a later date, you may wish at the time your annuity becomes payable to have these premiums deducted from your annuity on a monthly basis. If so, please advise the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector in writing at the address indicated above.
1. Pour constituer une option, ce formulaire doit être rempli et envoyé par courrier à l'adresse suivante **dans l'année qui précède ou dans les 30 jours qui suivent la cessation d'emploi** : 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
 2. Si vous avez droit à une pension immédiate pour raison d'âge ou d'incapacité ou à une allocation annuelle immédiate, **IL N'EST PAS NÉCESSAIRE** de remplir ce formulaire. Si l'autorisation d'une pension immédiate pour des raisons d'incapacité est en attente à la cessation de l'emploi, il faut remplir ce formulaire pour garantir la continuation de la protection PSD.
 3. Si une preuve d'âge n'a pas été envoyée au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle, veuillez l'annexer au présent formulaire.
 4. Vous pouvez nommer ou remplacer un bénéficiaire en tout temps. Il vous suffit de remplir un formulaire de désignation PWGSC-TPSGC 2196. Pour obtenir ce formulaire et plus de renseignements, veuillez communiquer avec votre bureau du personnel avant votre retraite ou avec le Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle après celle-ci.
 5. Si vous avez droit à une pension différée ou à une allocation annuelle payable à une date ultérieure, vous pourrez, le moment venu, faire retenir les cotisations sur votre pension tous les mois. Si vous désirez procéder ainsi, veuillez en informer le Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle par écrit à l'adresse susmentionnée.

Personal Record Identifier Code d'identification de dossier personnel	Date of Birth Date de naissance Y-A M D-J	Salary at Retirement Traitement au moment de la retraite	SDB Basic Benefit* Prestation de base PSD*	Superannuation No. N° de pension de retraite
Surname - Nom		Given Names - Prénoms	Permanent Address - Adresse permanente	
			Postal Code Code postal	

* Salary at termination multiplied by 2 then rounded to the next multiple of \$1000
* Traitement à la cessation d'emploi multiplié par 2 et arrondi au prochain multiple de 1000 \$

Election: I hereby elect to continue to be a participant under the Supplementary Death Benefit Plan in accordance with the terms of Part II of the *Public Service Superannuation Act*.

Option : Je choisis, par la présente, de continuer à participer au Régime de prestations supplémentaires de décès aux termes de la partie II de la *Loi sur la pension de la fonction publique*.

Signature of Participant - Signature du participant	Date Y-A M D-J	Location - Lieu
---	----------------	-----------------

Caution: All electors must submit with this form the annual premiums based on the following rates. In no case will premiums be accepted if received more than 60 days after cessation of employment.

Avis : Tout cotisant est tenu de remettre avec ce formulaire le paiement de la cotisation annuelle selon les taux indiqués dans le tableau ci-dessous. Les cotisations reçues plus de 60 jours après la cessation d'emploi ne seront pas acceptées.

Example: Salary \$30,000 - - Age 40 Years

Exemple: Traitement de 30 000 \$ - - Âgé de 40 ans

$$\frac{(30,000 \times 2) \times 16.29}{2,000} = \$488.70 \text{ per year}$$

$$\frac{(30\ 000 \times 2) \times 16,29}{2\ 000} = 488,70 \$ \text{ par année}$$

Legend - Légende	A	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
A = Age at last birthday Âge au dernier anniversaire	B	8.56	8.83	9.11	9.40	9.70	10.01	10.34	10.69	11.05	11.42
	A	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
	B	11.81	12.22	12.65	13.10	13.58	14.07	14.59	15.13	15.69	16.29
	A	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
	B	16.91	17.56	18.25	18.97	19.72	20.52	21.35	22.23	23.14	24.11
	A	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
B = Annual contribution per \$2,000 basic benefit Cotisation annuelle prélevée sur une prestation de base de 2 000 \$	B	25.13	26.20	27.34	28.53	29.80	31.14	32.58	34.12	35.80	37.65
	A	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
	B	39.77	42.02	44.40	46.92	49.58	52.38	55.34	58.45	61.73	65.30
	A	71	72	73	74						
	B	69.15	73.33	77.87	82.80						