



Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Annulation du partage de la (des) Pension(s) de retraite du Régime de pensions du Canada

Il est très important que vous :

- utilisez un **stylo** et écrivez le plus lisiblement possible
en lettres moulées.

SECTION A - RENSEIGNEMENTS À VOTRE SUJET

		Numéro d'assurance sociale
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme		Prénom habituel et initiale
		Nom de famille
Adresse du domicile (N°, rue, app., R.R.)		Ville
Province ou territoire		Pays - si ce n'est pas le Canada
		Code postal

SECTION B - RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE VOTRE ÉPOUX OU CONJOINT DE FAIT

		Numéro d'assurance sociale
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme		Prénom habituel et initiale
		Nom de famille
Adresse du domicile (N°, rue, app., R.R.)		Ville
Province ou territoire		Pays - si ce n'est pas le Canada
		Code postal

SECTION C - DÉCLARATION DES ÉPOUX OU CONJOINTS DE FAIT

Je demande, par la présente, l'annulation du partage de la (des) pension(s) de retraite entre mon époux ou conjoint de fait et moi-même.

Je sais que je peux présenter à nouveau une demande de partage de pension à n'importe quel moment, et que la date d'entrée en vigueur de tout partage ultérieur sera régie par l'approbation de la nouvelle demande.

Signature du demandeur	Année	Mois	Jour
X			
Signature de l'époux ou du conjoint de fait	Année	Mois	Jour
X			

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU - NE RIEN ÉCRIRE CI-DESSOUS

APS nom et adresse	Demande d'annulation vérifiée par :
--------------------	-------------------------------------



Bureaux de Service Canada

Vous devez envoyer le(s) formulaire(s) par courrier au bureau de Service Canada le plus près de chez vous. La liste de ces bureaux se trouve ci-dessous. Si vous avez besoin d'aide pour remplir le(s) formulaire(s) et que vous demeurez **au Canada ou aux États-Unis**, vous pouvez téléphoner sans frais au **1 800 277-9915**. Les personnes ayant un trouble de la parole ou une déficience auditive qui utilisent un téléscripteur ATS peuvent appeler au **1 800 255-4786**. Ayez votre numéro d'assurance sociale à portée de la main. **Note :** Si vous envoyez votre formulaire de l'extérieur du Canada, vous devez l'envoyer au bureau régional se trouvant dans la province de votre dernière résidence.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Service Canada
Case postale 9430
St. John's NL A1A 2Y5

ONTARIO (Timmins)

Service Canada
Sac Postal 2013
Timmins ON P4N 8C8

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Service Canada
Case postale 20105
Comptoir postal Sherwood
Sherwood PE C1A 9E3

ONTARIO (Chatham)

Service Canada
Case postale 2020
Chatham ON N7M 6B2

NOUVELLE-ÉCOSSSE

Service Canada
Case postale 1687
Succursale « M »
Halifax NS B3J 3J4

MANITOBA ET SASKATCHEWAN

Service Canada
Case postale 818
Succursale Main
Winnipeg MB R3C 2N4

NOUVEAU-BRUNSWICK

Service Canada
Case postale 250
Fredericton NB E3B 4Z6

ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET NUNAVUT

Service Canada
Case postale 2710
Succursale Main
Edmonton AB T5J 4C2

QUÉBEC

Service Canada
Case postale 1816
Québec QC G1K 7L5

COLOMBIE-BRITANNIQUE ET YUKON

Service Canada
Case postale 1177
Victoria BC V8W 2V2

ONTARIO (Scarborough)

Service Canada
Case postale 5100
Succursale « D »
Scarborough ON M1R 5C8

This form is also available in English - ISP-3501E