



DEDUCTIONS FROM ANNUITY OR ANNUAL ALLOWANCE RETENUES SUR LA PENSION OU L'ALLOCATION ANNUELLE

Privacy Notice

Provision of the personal information is required pursuant to the *Department of Public Works and Government Services Act*, para. 7(1)(d) and s.13 and will be used for the purpose of administering the *Public Service Superannuation Act* (PSSA). Refusal to provide the personal information, or the provision of incorrect information may result in loss of benefits and/or delays in processing, incorrect pension estimates, benefits, or statements. Personal information is protected, and only used and disclosed in accordance with the *Privacy Act* and as described in Personal Information Bank PWGSC PCU 702 - Federal Pension Administration. Under the Act, individuals have a right of access to their personal information and request correction, if erroneous or incomplete.

Énoncé de confidentialité

La collecte des renseignements personnels est requise en vertu de l'alinéa 7(1)d) et de l'article 13 de la *Loi sur le ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux*, à des fins d'administration de la loi sur la *Pension de la fonction publique* (LFPF). Le refus de fournir les renseignements personnels demandés, ou le fait de communiquer des renseignements incorrects, peut entraîner la perte des avantages et/ou des retards dans le traitement ou encore des inexactitudes dans les estimations de pension, les avantages ou les relevés de pension. Les renseignements personnels sont protégés et ne sont utilisés et communiqués que conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, et de la façon décrite dans le fichier de renseignements personnels TPSGC PCU 702 - Administration des pensions fédérales. Aux termes de la Loi, les personnes ont le droit de consulter leurs renseignements personnels et de demander des corrections s'ils sont erronés ou incomplets.

This form must be completed electronically or in dark ink using capital letters.

Ce formulaire doit être rempli électroniquement ou à l'encre foncée en lettres majuscules.

Plan Member's Personal Information - Renseignements personnels du participant au régime

Surname - Nom

PRI - CIDP

Given Names - Prénoms

Pension No. - N° de pension

Date of Birth (YYYYMMDD)
Date de naissance (AAAAMMJJ)

Preferred Language
Langue de préférence

English
Anglais

French
Français

Preferred Telephone No.
N° de téléphone de préférence

Home Address - Adresse du domicile

Apt. No. - N° d'apt.

City - Ville

Province

Postal Code - Code postal

Country - Pays

Email Address (optional) - Adresse électronique (facultative)

**FOR OFFICE USE ONLY
À L'USAGE DU
BUREAU SEULEMENT**

Form No. - N° de formulaire

4

Case No. - N° de cas

PWGSC-TPSGC 1422 (01/2020)



STDHDR

001

FOR OFFICE USE ONLY - À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

Deductions to be Taken

Retenues à prélever

Carefully read the Instructions on page 4 before completing the rest of this form.

Lisez attentivement les instructions à la page 4 avant de remplir le reste de ce formulaire.

This form must be completed to authorize deductions from your annuity.

Ce formulaire doit être complété afin d'autoriser des retenues sur votre pension.

To request that no deductions be taken from your annuity, go directly to the Signature of Plan Member section on page 3.

Pour demander qu'aucune retenue ne soit effectuée de votre pension, allez directement à la **partie** Signature du participant au régime à la page 3.

	Plan Régime	Policy Account or Certificate No. N° de compte de la police ou du certificat	Amount of Monthly Deduction from Annuity Montant de la retenue mensuelle sur la pension
1	Public Service Health Care Plan [PSHCP] (See instruction 2 on page 4) Régime de soins de santé de la fonction publique [RSSFP] (voir l'instruction no. 2 à la page 4). Continue Continuer Amend (application attached) Modifier (demande ci-jointe) Commence (application attached) Commencer (demande ci-jointe) Cancel (letter attached) Annuler (lettre ci-jointe)		
2	Government of Canada Workplace Charitable Campaign (See instruction 3 on page 4) Campagne de charité en milieu de travail du gouvernement du Canada (voir l'instruction no. 3 à la page 4)		
3	Other Deductions (please specify) Autres retenues (veuillez préciser)		

FOR OFFICE USE ONLY - À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT		
Form No. - N° de formulaire	PRI - CIDP	Pension No. - N° de pension

Signature of Plan Member - Signature du participant au régime

Please check one of the following boxes: - Veuillez cocher une des cases suivantes :

I authorize these deductions from my annuity.
Je donne l'autorisation d'effectuer ces retenues sur ma pension.

I do not authorize any deductions to be taken from my annuity, understanding that my participation in all the aforementioned plans will not continue as a pensioner. I will forward a letter to the Government of Canada Pension Centre confirming my wish to cancel my coverage under these plans.

Je n'autorise aucune retenue sur ma pension et je comprends que ma participation à tous les régimes susmentionnés ne se poursuivra pas à titre de pensionné. Je ferai parvenir une lettre au Centre des pensions du gouvernement du Canada dans laquelle je confirmerai mon intention d'annuler ma couverture dans le cadre de ces régimes.

Signature	Date (Y-A M D-J)

DEDUCTIONS FROM ANNUITY OR ANNUAL ALLOWANCE RETENUES SUR LA PENSION OU L'ALLOCATION ANNUELLE

INSTRUCTIONS

1. This form helps the Government of Canada Pension Centre (Pension Centre) to meet your needs as you end your employment and start receiving your monthly pension. Complete the form and return it to us to show which deductions to take from your pension.

The completed form must be sent to the Pension Centre. Retain a copy for your records.

2. PSHCP Coverage - If you are already enrolled in the PSHCP and you wish to continue coverage after retirement, you must authorize that the necessary monthly premiums be deducted from your annuity. If these deductions are not authorized, **your coverage will be cancelled.**

Hc'VY'gi fY'k Y'i bXYfghUjX'mci f']bhYbh]cb'hc'Y]h Yf'Vt'bh]bi Yz' Ua YbXz'Vt'a a YbVY'cf'VUjVW'Vt'j YfU[Yz'd'YUgY'VX'YV' h'Y' Uddfcd]UjY'Vcl']b'V'cV' %cb'dU[Y'&'. .

- To **continue** means there are no amendments to be made to your coverage.

- To **amend** your coverage, you must also complete and attach a PSHCP Pensioner Application form (TBS-006492).

- To **commence** coverage if you are not a member of the PSHCP at the time your employment ends, you must apply for coverage by completing the TBS-006492 form and attaching it to this form.

- To **cancel** coverage, you must also attach a letter stating that you wish to cancel your PSHCP coverage.

NOTE: Certain Agencies and Public Service Corporations do not participate in the regular public service insurance programs. Former employees of those Agencies or Corporations **cannot participate in the PSHCP as pensioners.** If you are a member who is currently employed by an organization that does not participate in the PSHCP, please contact your employer for information concerning your eligibility to participate in a health care plan for retirees.

PSHCP information and the monthly rates are available at: Canada.ca/pension-benefits

3. Government of Canada Workplace Charitable Campaign - Complete this block only if you currently have such a deduction. This deduction will cease at the end of the current calendar year if you do not complete a new pledge form for the new campaign year.

1. Ce formulaire aide le Centre des pensions du gouvernement du Canada (Centre des pensions) à répondre à vos besoins lorsque vous terminez votre emploi et commencez à recevoir votre pension mensuelle. Veuillez remplir le formulaire et nous le retourner afin de signaler les retenues que nous devons prendre de votre pension.

Le formulaire rempli doit être envoyé au Centre des pensions. Conservez-en une copie pour vos dossiers.

2. Protection du RSSFP - Si vous êtes déjà inscrit au RSSFP et que vous souhaitez maintenir votre protection après la retraite, vous devez autoriser que les primes mensuelles nécessaires soient déduites de votre pension. Si ces retenues ne sont pas autorisées, **votre protection sera annulée.**

Pour nous assurer de bien comprendre votre intention de continuer, de modifier, de commencer ou d'annuler votre couverture, veuillez cocher la case appropriée du bloc 1 à la page 2 :

- **Continuer** signifie qu'il n'y a aucune modification à apporter à votre protection.

- Pour **modifier** votre protection, vous devez également remplir et joindre un formulaire TBS006492 (RSSFP Demande du pensionné).

- Pour **commencer** la protection si vous n'êtes pas membre du RSSFP au moment où votre emploi prend fin, vous devez présenter une demande de protection en remplissant le formulaire TBS006492 et en le joignant au présent formulaire.

- Pour **annuler** votre protection, vous devez également joindre une lettre indiquant que vous souhaitez annuler votre protection du RSSFP.

REMARQUE : Certains organismes et certaines sociétés de services publics ne participent pas aux programmes d'assurance normaux de la fonction publique. Les anciens employés de ces organismes et sociétés **ne peuvent pas participer au RSSFP à titre de pensionnés.** Si vous êtes un participant qui travaille actuellement pour un organisme qui ne participe pas au RSSFP, veuillez communiquer avec votre employeur pour obtenir des renseignements sur votre admissibilité à participer à un régime de soins de santé pour les pensionnés.

Les renseignements sur le RSSFP et les taux mensuels sont disponibles à l'adresse : Canada.ca/pensionavantages

3. Campagne de charité en milieu de travail du gouvernement du Canada - Remplissez ce bloc seulement si vous avez déjà une telle retenue. Cette retenue cessera à la fin de l'année civile en cours si vous ne remplissez pas un nouveau formulaire de don pour la nouvelle année de campagne.