



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. If not possible, please complete it in dark ink using capital letters.

Ce formulaire doit être rempli électroniquement. Si impossible, veuillez le remplir 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

Case No. - N° de cas

PWGSC-TPSGC 1422 (04/2014)



STDHDR



001

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

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

Carefully read instructions before completing.

Lire les instructions attentivement avant de remplir.

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

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 section on page 3.

Pour demander qu'aucune retenue ne soit effectuée de votre pension, allez directement à la section de signature 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	Medical Services Plan of British Columbia Assurance-maladie de la Colombie-Britannique		
2	Medavie Blue Cross Croix Bleue Medavie		
3	Veterans Insurance Assurance des anciens combattants		
4	Canada Savings Bonds Obligations d'épargne du Canada		
5	Public Service Health Care Plan (PSHCP) (See instructions 2 and 3) Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) (Voir instructions 2 et 3) Continue Continuer Amend (application or letter attached) Modifier (demande ou lettre ci-jointe) Commence (application attached) Commencer (demande ci-jointe) Cancel (letter attached) Annuler (lettre ci-jointe)		

PWGSC-TPSGC 1422 (04/2014)

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

Form No. - N° de formulaire	PRI - CIDP	Pension No. - N° de pension

	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
6	Government of Canada Workplace Charitable Campaign (see instruction 4) Campagne de charité en milieu de travail du gouvernement du Canada (voir instruction 4)		
7	Other Deductions (please specify) Autres retenues (précisez S.V.P.)		

Signature of Plan Member - Signature du participant au régime

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

As the above-named plan member, I authorize these deductions from my annuity.
Étant le participant au régime susnommé, je donne l'autorisation d'effectuer ces retenues sur ma pension.

As the above-named plan member, I request that no deductions be made from my annuity. By not authorizing deductions to be taken from my pension I understand that my participation in the aforementioned plans as an employee will terminate as a pensioner.

Étant le participant au régime susnommé, je demande qu'aucune retenue ne soit effectuée de ma pension. En n'autorisant pas de retenue de ma pension, je comprends que ma participation, comme employé, dans les régimes mentionnés dans ce formulaire, se terminera en tant que pensionné.

Signature	Date (Y-A M D-J)
-----------	------------------

To be completed by the Government of Canada Pension Centre

À être remplie par le Centre des pensions du gouvernement du Canada

Type of Entitlement - Type de prestation	Effective Date of Annuity or Allowance Payable Date d'entrée en vigueur de la pension ou de l'allocation payable				
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;">Immediate Annuity Pension immédiate</td> <td style="width:50%; border: none;">Annual Allowance Payable Immediately Allocation annuelle payable immédiatement</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">Reinstatement Following Re-employment Rétablissement par suite d'un réemploi</td> </tr> </table>	Immediate Annuity Pension immédiate	Annual Allowance Payable Immediately Allocation annuelle payable immédiatement	Reinstatement Following Re-employment Rétablissement par suite d'un réemploi		
Immediate Annuity Pension immédiate	Annual Allowance Payable Immediately Allocation annuelle payable immédiatement				
Reinstatement Following Re-employment Rétablissement par suite d'un réemploi					
Signature of Pension Expert Signature de l'expert en pensions	Date (Y-A M D-J)				
	Unit - Unité				

PWGSC-TPSGC 1422 (04/2014)

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

INSTRUCTIONS

1. This form is required by the Department of Public Works and Government Services Canada to assist plan members who will terminate employment and receive a monthly pension benefit to maintain an orderly flow of legal assignment payments and to minimize the inconvenience which might be caused by a delay in these payments.

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

2. Public Service Health Care Plan participation continues automatically unless you indicate in block 5 you intend to cancel and/or you request that no deductions are to be taken from your annuity. If you want to modify your participation, you must complete the application form TBS-006492 or request the changes in a letter. The application or letter must be attached to this form.

Public Service Health Care Plan information and the monthly rates are available at:

www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca

3. If you are not a member of the Public Service Health Care Plan at the time of termination of employment and you would like this coverage, you must apply by completing form TBS-006492 and attaching it to this form.

The form can be obtained at:

www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca

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 these programs as pensioners. If you are a member who is currently employed by an organization who does not participate in the Public Service Health Care Plan, please contact your employer for information concerning your eligibility to participate in a health care plan for Retirees.

4. **Government of Canada Workplace Charitable Campaign (GCWCC).** Complete only if you currently have a GCWCC deduction. Unless a new pledge form is completed for the new campaign year, this deduction will cease at the end of the current calendar year.

1. Ce formulaire est requis par le ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada afin d'assurer aux participants au régime qui terminent leur emploi et reçoivent une pension mensuelle, la continuité des paiements en vertu de délégations juridiques, et afin de minimiser les inconvénients qui pourraient être causés par un retard dans ces paiements.

Le formulaire rempli doit être envoyé au Centre des pensions du gouvernement du Canada. Conservez un exemplaire pour vos dossiers.

2. Votre participation au Régime de soins de santé de la fonction publique est maintenue automatiquement sauf si vous indiquez à la case 5 que vous voulez l'annuler et/ou vous demandez qu'aucune retenue ne soit prélevée de votre pension. Si vous voulez modifier votre participation, vous devez remplir le formulaire de demande TBS-006492 ou demander les changements dans une lettre. La demande ou la lettre doit être jointe à ce formulaire.

L'information et les taux mensuels pour le Régime de soins de santé de la fonction publique sont disponibles au :

www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca

3. Si vous ne participez pas au Régime de soins de santé de la fonction publique au moment de la cessation d'emploi et que vous désirez y adhérer, vous devez en faire la demande en remplissant le formulaire TBS-006492 et en le joignant à ce formulaire.

Vous pouvez obtenir ce formulaire au :

www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca

NOTA : Certains organismes et sociétés de la fonction publique ne participent pas aux programmes d'assurances destinés à la fonction publique. Les anciens employés de ces organismes et sociétés ne peuvent donc pas participer à ces programmes à titre de pensionnés. Si vous êtes un membre qui est employé par une organisation qui ne participe pas au Régime de soins de santé de la fonction publique au moment de la cessation d'emploi, veuillez communiquer avec votre employeur pour tout renseignement concernant votre admissibilité à un régime de soins de santé pour retraités.

Campagne de charité en milieu de travail du gouvernement du Canada (CCMTGC). À compléter seulement si vous avez actuellement une retenue pour la CCMTGC. À moins qu'un nouveau formulaire de don soit rempli pour la nouvelle année de souscription, la retenue cessera à la fin de l'année civile en cours.