Clear Data - Effacer l'information

* PART-TIME EMPLOYEE ONLY

1. ☐ INITIAL APPLICATION 2. ☐ CHANGE IN COVERAGE 3. ☐ TOTAL CANCELLATION

PUBLIC SERVICE MANAGEMENT INSURANCE PLAN

For Departmental Use Only

IAN	Superannuation No.	Dept. No.	Paylist No.	Date received	Init.

To Be Completed by the Applicant

Name and Initial	Surname	Date of Birth	Sex ☐ M ☐ F

Mailing Address

Name of Beneficiary	Relationship

I reserve the right to revoke the beneficiary appointment (for initial application only) ☐ YES ☐ NO

Employee coverage - I hereby apply for Basic Life Insurance and for the optional coverage indicated below:	YES	NO
Supplementary Life Insurance (Statement of Health required)	☐	☐
Accidental Death and Dismemberment Insurance - In units of $25,000 up to a maximum of 10 (insert the number of units in the "yes" box)	☐	☐
Dependant's Insurance: 1 - Spouse and Children or	☐	☐
2 - Children Only	☐	☐

I am (I am not) insured under an employee organization group insurance plan.
My last day of coverage is

☐ I authorize the appropriate Pay Agency to deduct from my pay the necessary premiums. This authorization shall be in effect until revoked by me in writing.

☐ I hereby cancel my insurance.

Date _____ Signature _____

For Departmental Use Only

Date on which the employee was taken on strength in the Public Service.

Date on which the employee became eligible to apply for PSMIP.

Assigned hours per weeks _____ _____

Equivalent full-time hours _____ _____

Date _____ Signature _____ Location _____

Department or Agency _____ Tel. No. _____

PWGSC-TPSGC 2028-5 (03/2000)

PSMIP

Name and Address	IAN
	Paylist No.

☐ 1. This acknowledges receipt of your application card on _____ Date

☐ 2. Please submit a Statement of Health.

_____ Date _____ Personnel Officer

* EMPLOYÉ À TEMPS PARTIEL SEULEMENT

1. ☐ DEMANDE INITIALE 2. ☐ MODIFICATION D'ASSURANCE 3. ☐ ANNULATION COMPLÈTE

RÉGIME D'ASSURANCE POUR LES CADRES DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE

À l'usage exclusif du ministère

NIO	N° de pension de retraite	N° du min.	N° de la liste de paye	Recu le	Init.

À être remplie par le requérant

Prénom et initiale	Nom	Date de naissance	Sexe
			☐ M ☐ F

Adresse postale

Nom du bénéficiaire	Lien de parenté

Je me réserve le droit de révoquer la désignation de bénéficiaire (pour une demande initiale seulement) ☐ OUI ☐ NON

	OUI	NON
Assurance de l'employé - Je demande l'assurance-vie de base et l'assurance facultative indiquée ci-après : Assurance-vie supplémentaire (déclaration d'état de santé requise)	☐	☐
Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident - En unités de 25 000 $ jusqu'à un maximum de 10 (inscrire le nombre d'unités dans la case désignée «oui»)	☐	☐
Assurance des personnes à charge 1 - Conjoint et enfants ou	☐	☐
2 - Enfants seulement	☐	☐

Je suis (ne suis pas) assuré en vertu d'un régime d'assurance-collective d'une association d'employés. Mon assurance ne sera plus en vigueur après le ☐

☐ J'autorise le bureau de paye, qui convient, à retenir sur mon traitement les primes nécessaires. Cette autorisation restera valable jusqu'à ce que je la révoque par écrit.

☐ Par la présente, j'annule ma participation au régime d'assurance.

Date _____ Signature _____

À l'usage exclusif du ministère

Date à laquelle l'employé a été porté à l'effectif de la fonction publique. ☐

Date à laquelle l'employé pouvait présenter une demande d'adhésion au RACGFP. ☐

Heures de travail désignées par semaine _____ Heures équivalentes à temps plein _____

Date _____ Signature _____ Lieu

Ministère ou organisme _____ N° de tél. _____

PWGSC-TPSGC 2028-5 (03/2000)

RACGFP

Nom et adresse	NIO
	N° de la liste de paye

☐ 1. Nous accusons réception de votre carte de demande le _____ Date

☐ 2. Veuillez présenter une déclaration d'état de santé.

_____ Date _____ Agent du personnel