



**Public Service Management Insurance Plan
- Members Entitled to Employer-Paid Coverage**

**Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la
fonction publique - Participants admissible à la
protection payée par l'employeur**

Initial application - Demande initiale

Change in coverage - Modification de la protection

For departmental use only - À l'usage exclusif au ministère

Individual Agency Number (IAN) Numéro individuel d'organisme (NIO)	Pension No. N° de pension de retraite	Dept. - Min.	PL - LP	Date Received Date reçu le (Y-A - MM - D-J)	Intials Initiales
---	--	--------------	---------	---	----------------------

**To be completed by the applicant (Please print)
À être rempli par le requérant (lettres majuscules seulement)**

First Name - Prénom	Int. Init.	Surname - Nom	Date of Birth Date de naissance (Y-A - MM - D-J)	Sex - Sexe M F
---------------------	------------	---------------	--	----------------------

Address - Adresse			Postal Code Code postale
Street and Number - Rue et n°	City or Town - Ville ou village	Province	

Name of Beneficiary - Nom du bénéficiaire

Designation of this beneficiary is Désignation de ce bénéficiaire est	Revocable or Révocable ou	Irrevocable Irrévocable
--	------------------------------	----------------------------

N.B. - In Quebec, if you do not indicate whether the beneficiary designation is revocable, the designation of the legal spouse is irrevocable and any other choice is revocable.

In all province/territories, as irrevocable beneficiary's written consent is required in order to make any change to the beneficiary designation.

N.B. - Au Québec, si vous n'avez pas indiqué si la désignation de bénéficiaire est révocable, la désignation du conjoint légal est irrévocable et toute autre choix est révocable.

Dans toutes les provinces / territoires, un consentement écrit du bénéficiaire est nécessaire pour toute nouvelle désignation de bénéficiaire.

I hereby apply for supplementary life insurance Je demande l'assurance-vie supplémentaire	Yes Oui	No Non
--	------------	-----------

I wish (do not wish) to defer supplementary life insurance coverage until the date my coverage under an employee Organization Group Plan ceases. My last day of coverage is (Y-A - MM - D-J)

Je veux (je ne veux pas) différer ma protection d'assurance-vie supplémentaire jusqu'à la date où cessera ma protection en vertu d'un régime d'assurance collective d'une association d'employées. Mon assurance ne sera plus en vigueur après le

I authorize the appropriate pay office to deduct the necessary premiums from my pay. This authorization shall continue until revoked by me in writing.

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

I wish to be insured under the employer-paid coverage only.

Je désire être assurée par la protection payée par l'employeur seulement.

(Y-A - MM - D-J) Signature

For Departmental Use Only - À l'usage exclusif du ministère

Date on which the employee was taken on strength in the public service. Date à laquelle l'employé a été porté à l'effectif dans la fonction publique.	Date on which the employee became eligible for employer-paid coverage. Date à laquelle l'employé est devenu admissible à la protection payée par l'employeur.
--	--

(Y-A - MM - D-J) (Y-A - MM - D-J)

(Y-A - MM - D-J) Signature Location - Endroit

Department or Agency - Ministère ou organisme	Telephone Number - Numéro de téléphone
---	--

Complete Address of Department or Agency - Adresse complète du ministère ou de l'organisme

PSMIP - RACGFP

Name and Address - Nom et adresse	IAN - NIO
	Paylist Number - Numéro de la liste de paye

- This acknowledges receipt of your application card on
Nous accusons réception de votre carte de demande le _____
(Y-A - MM - D-J)
- Please submit a Statement of Health.
Veuillez présenter une déclaration d'état de santé.

(Y-A - MM - D-J) Personnel Officer - Agent du personnel