

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

1. DEMANDE INITIALE 2. MODIFICATION DE LA PROTECTION 3. ANNULATION COMPLÈTE

* PRIÈRE D'INDIQUER LA PROTECTION DEMANDÉE (AU COMPLET) LORS D'UNE MODIFICATION

À l'usage exclusif du ministère

NIO	N° de pension de retraite	N° du min.	N° de la liste de paye	Reçu le (A-M-J)	Init.
-----	---------------------------	------------	------------------------	-----------------	-------

À être remplie par le requérant (lettres majuscules S.V.P.)

Prénom et initiale	Nom	Date de naissance (A-M-J)	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
--------------------	-----	---------------------------	---

Adresse postale _____

Nom du bénéficiaire	Lien de parenté
---------------------	-----------------

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

Protection de l'employé (Je demande l'assurance-vie de base et l'assurance facultative indiquée ci-après) : OUI NON

Assurance-vie supplémentaire (Déclaration d'assurabilité requise [PWGSC-TPSGC 2028-3]) OUI NON

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 ») OUI NON

Assurance des personnes à charge 1 - Conjoint et enfants
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 _____ (A-M-J)

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 _____ (A-M-J) Date à laquelle l'employé pouvait présenter une demande d'adhésion au RACGFP _____ (A-M-J)

Date _____ Signature _____ Lieu _____

Ministère ou organisme _____ N° de tél. _____

Adresse au complet du ministère ou de l'organisme _____

RACGFP

Nom et adresse	NIO
	N° de la liste de paye

1. Nous accusons réception de votre carte de demande le _____ Date (A-M-J)

2. Veuillez présenter une Déclaration d'assurabilité (PWGSC-TPSGC 2028-3)

_____ Date

_____ Agent du personnel