



**PUBLIC SERVICE HEALTH CARE PLAN (PSHCP)
APPLICATION FOR DESIGNATION OF ADDITIONAL DEPENDANT FOR COMPREHENSIVE COVERAGE
RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ DE LA FONCTION PUBLIQUE (RSSFP)
DEMANDE DE DÉSIGNATION DE PERSONNE À CHARGE SUPPLÉMENTAIRE POUR UNE PROTECTION TOTALE**

The information on this form is collected under the authority of Treasury Board for the administration of the Public Service Health Care Plan. The completion of this form is optional and all information will be protected under the provisions of the *Privacy Act*. The information will be placed in Personal Information Bank Number PWGSC PCE 703. Access to this material is controlled by the Custodian of the bank, the Director of Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector.

Les renseignements fournis dans le présent document sont recueillis avec l'autorité du Conseil du Trésor aux fins d'administration du Régime de soins de santé de la fonction publique. Vous n'êtes pas tenu de remplir le présent formulaire et tous les renseignements fournis seront protégés en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Les renseignements seront placés dans le fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 703. L'accès à ces documents est contrôlé par le gardien du fichier, le directeur au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle.

| | | |
|--|---|---|
| From - De (Department name and complete address) (Nom du ministère et adresse complète) | To - À The Public Service Health Care Plan Sun Life of Canada Health Claims Office 240 - 1730 St-Laurent Blvd. Ottawa, Ontario K1G 5L1 | Régime de soins de santé de la fonction publique Sun Life du Canada Bureau des règlements maladie 240, 1730 boul. Saint-Laurent Ottawa (Ontario) K1G 5L1 |
| Member's full name - Nom au complet du participant | | Certificate No. - N° de certificat |
| Superannuation No. - N° de pension de retraite | Paylist - Liste de paye | |
| Dependant's full name - Nom de la personne à charge | Relationship to member Lien de parenté avec le participant | Date of birth - Date de naissance Y - A M D - J |
| Dependant's full name - Nom de la personne à charge | Relationship to member Lien de parenté avec le participant | Date of birth - Date de naissance Y - A M D - J |
| Basic and Extended Health Care Benefit Garantie-maladie de base et Garantie-maladie complémentaire | Hospital Benefit (Outside Canada) Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada) | Hospital Benefit - Garantie-hospitalisation <input type="checkbox"/> Yes Level Oui Niveau _____ <input type="checkbox"/> No Non |
| Date provincial coverage ceases Date d'échéance de la protection provinciale Y - A M D - J | Deductions will commence effective Les retenues commenceront à partir du Y - A M D - J | Monthly contribution Cotisation mensuelle |

Dependant will be residing outside Canada with the member and is financially dependant upon the member
La personne à charge vivra à l'extérieur du Canada avec le participant et dépend de ce dernier sur le plan financier

Yes Oui No Non

Authorization by Member - Autorisation du participant

I hereby apply for coverage under the Public Service Health Care Plan and certify that the information shown above is correct. I authorize Public Works and Government Services Canada or any other pay agency to deduct monthly from my pay the amount required for the coverage of additional dependant(s) as indicated.

Je présente une demande de protection au titre du Régime de soins de santé de la fonction publique et je certifie que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts. J'autorise Travaux publics et Services gouvernementaux Canada ou tout autre organisme de paye à retenir mensuellement sur mon salaire le montant requis pour la protection indiquée pour la ou les personnes supplémentaires à ma charge.

Signature of member - Signature du participant

Date

Certification by Personnel Officer - Attestation de l'agent du personnel

This is to certify that the above-named dependant is eligible for coverage under the Plan, and that the appropriate contribution deductions have been authorized.

Y - A M D - J

Nous certifions que la personne à charge susnommée est admissible à la protection en vertu du Régime, et que les retenues de cotisations appropriées ont été autorisées.

Y - A M D - J

Date application received _____

Date de réception de la demande _____

Y - A M D - J

Signature of designated officer - Signature de l'agent désigné

Date

Tel. No. - N° de tél.

Remarks - Observations

