



RÉGIME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES PENSIONNÉS (RSDP) - FORMULAIRE D'ADHÉSION

Le présent régime est offert aux pensionnés de la fonction publique par le gouvernement du Canada. En remplissant et en signant le formulaire d'adhésion, vous acceptez l'offre de participation au RSDP. Une fois le formulaire rempli, veuillez l'envoyer par la poste à l'adresse suivante :

**Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie,
Bureau des règlements de frais dentaires, CP 9805 CSC-T,
Ottawa (Ontario) K1G 6M6**

Partie A - Renseignements personnels

Nom		Date de naissance	Année	Mois	Jour
Adresse postale (N°, rue)		N° d'app.	N° de téléphone ()		
Ville	Province/État		Langue préférée		
Pays	Code postal/Code de zone		<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> English	
N° de pension		Date d'admissibilité à la pension (Voir le livret d'information sur l'adhésion)	Année	Mois	Jour

Je reçois présentement une pension du régime suivant : (cocher uniquement le régime duquel seront prélevées les cotisations au RSDP)

- régime de pension de retraite de la fonction publique, en raison d'états de service auprès de (veuillez indiquer le nom du dernier ministère ou organisme employeur.) _____
- régime de pension de retraite des Forces canadiennes. N° de matricule _____
- régime de pension de retraite de la GRC. N° de matricule _____
- autre (Veuillez préciser. Voir le livret d'information sur l'adhésion.) _____

Je reçois cette pension à titre de : (cocher une case)

- retraité
- conjoint survivant ou conjoint de fait survivant
- étudiant
- procureur ou tuteur de _____

Partie B - Acceptation de l'offre de participation au régime (Choisir SEULEMENT UNE des catégories ci-dessous)

Je réponds, et les membres de ma famille énumérés ci-dessous répondent aussi, aux conditions d'admissibilité du RSDP (voir la Partie D) et je sou mets l'information demandée à la partie A ci-dessus. Je choisis la catégorie de protection indiquée ci-dessous.

Catégorie I (16,00 \$ par mois) - Pensionné seulement

OU
 Catégorie II (31,96 \$ par mois) - Pensionné et un membre de la famille admissible

Année	Mois	Jour
_____	_____	_____
Date de naissance		

_____ Nom du membre de la famille _____ Lien avec le pensionné

OU
 Catégorie III (47,96 \$ par mois) - Pensionné et plus d'un membre de la famille admissible (Voir la Partie D.)

Année	Mois	Jour
_____	_____	_____
Date de naissance		

_____ Nom du premier membre de la famille _____ Lien avec le pensionné

Année	Mois	Jour
_____	_____	_____
Date de naissance		

_____ Nom du deuxième membre de la famille _____ Lien avec le pensionné

This form is also available in English.

