



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

## [Pensionnés admissibles au Programme de services dentaires d' Anciens combattants Canada (ACC)]

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

Prénom et nom		Date de naissance		Année	Mois	Jour
Adresse postale (n°, rue)		N° d'app.	N° de téléphone ( )			
Ville/Village	Province/État		Langue préférée			
Pays	Code postal/Code de zone		<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Français		
N° de pension	Numéro du certificat RSDP	Date d'admissibilité à la pension		Année	Mois	Jour

Je reçois présentement une pension du régime suivant : (Cocher seulement 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 préciser le nom du dernier ministère ou organisme employeur.) : \_\_\_\_\_
- Régime de pension de retraite des Forces canadiennes, n° matricule : \_\_\_\_\_
- Régime de pension de retraite de la GRC, n° 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 de \_\_\_\_\_
- procureur ou tuteur de \_\_\_\_\_

### Partie B — Notes explicatives

- Le livret d'information sur l'adhésion présente un résumé du RSDP. Ce livret qui s'intitule *Régime de services dentaires pour les pensionnés — Renseignements sur l'adhésion et sommaire du régime* (pour les pensionnés admissibles à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2001), ne renferme cependant pas toutes les dispositions du régime.
- Le site Web du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada situé à l'adresse suivante : <http://www.tbs-sct.gc.ca> renferme le texte complet du RSDP et du livret d'information. Vous pouvez également obtenir un exemplaire de ces documents en communiquant avec le Centre de distribution du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada par téléphone au (613) 995-2855 ou par courriel à [Services-Publications@tbs-sct.gc.ca](mailto:Services-Publications@tbs-sct.gc.ca) et en donnant les numéros de document TBS 006779 pour le RSDP et TBS 006796 pour le livret d'information.
- Si vous demandez la protection pour plus de deux membres de la famille, veuillez indiquer leur nom, leur lien de parenté avec vous, et leur date de naissance sur une feuille de papier distincte et joindre celle-ci au présent formulaire.
- Pour les résidents de l'Ontario et du Québec, la taxe de vente provinciale s'ajoute au taux de cotisation. De plus, les résidents du Québec devront peut-être acquitter l'impôt sur le revenu du Québec sur l'avantage imposable. (Voir le livret d'information sur l'adhésion.)

This form is also available in English

**Partie C — Signature**

Le présent formulaire d'adhésion inclut toutes les dispositions, modalités et conditions du RSDP comme si elles figuraient sur le formulaire. En signant le formulaire et en le faisant parvenir à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, l'administrateur du régime, je conclus une entente avec le gouvernement du Canada au sujet de mon adhésion au RSDP et de ses modalités d'application. Je conviens que le gouvernement du Canada pourra modifier les dispositions du RSDP et de l'entente, et que ces modifications s'appliqueront comme si elles apparaissaient sur le présent formulaire. Je comprends que les taux de cotisation ne seront pas modifiés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et que je ne pourrai cesser de participer au RSDP qu'après y avoir participé pendant deux années civiles complètes. J'autorise le prélèvement sur ma pension des retenues mensuelles correspondant aux cotisations requises, y compris toute taxe applicable. J'ai coché soit la Catégorie II, soit la Catégorie III ci-dessous.

Je profite déjà d'une protection en vertu du Programme de services dentaires d'Anciens Combattants Canada (ACC). Je conviens qu'aussi longtemps que je profiterai d'une protection dans le cadre du Programme de services dentaires d'ACC, je n'exigerai pour moi-même aucun remboursement pour des services de soins dentaires auprès du RSDP. J'accepte d'aviser par écrit, à l'adresse susmentionnée et le plus rapidement possible, l'administrateur du régime (Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie), si jamais je ne profite plus d'une protection en vertu du Programme de services dentaires d'ACC. À partir de la date où je ne serai plus couvert par le Programme de services dentaires d'ACC, j'accepte de payer les cotisations applicables aux pensionnés non couverts par le Programme de services dentaires d'ACC, sauf si je désire mettre fin à ma participation au RSDP, conformément aux modalités et conditions du RSDP.

En échange de mon entente, mes cotisations au RSDP s'établiront comme suit :

**Catégorie II**                      16 \$ par mois                      Pensionné et un membre admissible de sa famille

	Année	Mois	Jour
Prénom et nom du membre de la famille	Lien avec le pensionné	Date de naissance	

**OU**

**Catégorie III**                      31,96 \$ par mois                      Pensionné et plus d'un membre admissible de sa famille

	Année	Mois	Jour
Prénom et nom du premier membre de la famille	Lien de parenté avec le pensionné	Date de naissance	
	Année	Mois	Jour
Prénom et nom du deuxième membre de la famille	Lien de parenté avec le pensionné	Date de naissance	

Ces renseignements sont recueillis aux fins d'appliquer le Règlement du RSDP et sont essentiels pour assurer la protection que je demande. En fournissant les renseignements demandés, j'autorise l'administrateur du régime (Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie) à en faire usage, à en vérifier l'authenticité et à les communiquer à tout ministère et à tout organisme gouvernemental. J'autorise également le ministère ou l'organisme en question à fournir à l'administrateur du régime toute information visant à confirmer la véracité des renseignements divulgués dans le présent formulaire, à compléter mon adhésion au RSDP et à assurer l'administration du régime seulement. Je comprends que tout refus de répondre aux questions posées pourrait donner lieu à une application incorrecte du RSDP qui pourrait m'être désavantageuse. Les renseignements recueillis seront versés au fichier de renseignements personnels numéro PWGSC PCE 702. En vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, ces renseignements ne peuvent être divulgués à des ministères ou à des organismes non autorisés. En vertu de cette Loi, j'ai également le droit de consulter les renseignements qui me concernent et de demander qu'ils soient corrigés si je crois qu'ils contiennent des erreurs ou des omissions.

**X**

\_\_\_\_\_  
Votre signature

\_\_\_\_\_  
Date