



**Partie D - Pour reporter la protection d'un ou des membres de la famille nouvellement admissible(s)**

Veillez remplir la présente section si vous voulez différer la protection du RSDP pour un membre de votre famille nouvellement admissible.

Je demande de reporter la protection du RSDP pour le ou les membres de ma famille nouvellement admissible(s) qui sont énumérés à la partie B parce que ces personnes disposent de la protection d'un autre régime de soins dentaires comme il est précisé ci-dessous :

\_\_\_\_\_

Nom de l'assureur/administrateur du régime

\_\_\_\_\_

N° de police ou de contrat

\_\_\_\_\_

N° de certificat

**Partie E - Notes explicatives**

1. Vous trouverez un résumé du RSDP dans le livret d'information sur l'adhésion qui s'intitule *Régime de services dentaires pour les pensionnés - Renseignements sur l'adhésion et sommaire du régime*. Cependant, ce livret d'information ne renferme pas toutes les dispositions du régime.
2. Le site Web du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada 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), en citant les numéros de document TBS 006779 pour le RSDP et TBS 006796 pour le livret d'information.
3. Pour les résidents de l'Ontario et du Québec, la taxe de vente provinciale s'ajoute au taux de cotisation. 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.)

**Partie F - Signature**

Le présent formulaire 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. J'autorise le prélèvement sur ma pension des retenues mensuelles correspondant aux cotisations requises, y compris toute taxe applicable.

**X**

\_\_\_\_\_

**Votre signature**

\_\_\_\_\_

**Date**

Vous êtes libre de communiquer les renseignements demandés sur le présent formulaire. Ces renseignements sont recueillis aux fins d'application du Règlement du RSDP et sont essentiels pour assurer la protection demandée. En fournissant les renseignements demandés, vous autorisez l'administrateur du régime à en faire usage, à en vérifier l'authenticité et à les communiquer à tout ministère ou organisme gouvernemental, et vous autorisez 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 votre adhésion au RSDP et à assurer l'administration du régime seulement. Tout refus de répondre aux questions demandées pourrait donner lieu à une application incorrecte du régime qui pourrait vous être désavantageuse. Les renseignements recueillis seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702. En vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, ces renseignements ne peuvent être divulgués à des personnes ou à des organismes non autorisés. En vertu de la Loi, vous pouvez consulter les renseignements qui vous concernent et demander à ce qu'ils soient corrigés si vous croyez qu'ils contiennent des erreurs ou des omissions.

**This form is also available in English under the title  
"FORM for NEWLY ELIGIBLE FAMILY MEMBER(S)".**