



**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 99 Bank Street, Suite 310 Ottawa, Ontario K1P 5A3	Régime de soins de santé de la fonction publique Sun Life du Canada Bureau des règlements maladie 99, rue Bank, pièce 310 Ottawa (Ontario) K1P 5A3
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 au complet 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 au complet 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 Provision Garantie-maladie de base et Garantie-maladie complémentaire	Hospital (Outside Canada) Provision Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)	Hospital Provision - Garantie-hospitalisation Yes Level No Oui Niveau _____ 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.

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.

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

