



Long-term Disability Insurance - Public Service Management Insurance Plan

For Departmental Use Only

IAN	Superannuation No.	Dept. No.	Paylist No.	Date received (Y-M-D)	Init.
-----	--------------------	-----------	-------------	-----------------------	-------

To Be Completed by the Applicant (Please Print)

Name and Initial	Surname	Date of Birth (Y-M-D)	
Address	Street and Number	City or Town	Province

Declaration: I hereby apply for Long-term Disability Insurance under the Public Service Management Insurance Plan. I understand that, provided my application is accepted by the insurer, this application cannot be revoked and I will remain a member of the disability plan until reaching age 65 or ceasing to be employed in an eligible position, whichever is earlier. I authorize the appropriate pay agency to deduct from my pay the necessary premiums. **I understand that the commencement of deductions does not indicate an acceptance of my application and that, if my application is declined all amounts deducted will be refunded to me.**

_____ Date _____ Signature

For Departmental Use Only

I certify that the above-named employee was a PSMIP member on October 31, 1970 or was eligible to apply for disability insurance on October 31, 1970 or on the effective date of the designation of the agency.

Date on which the employee was taken on strength in the public service	(Y-M-D)	Deduction to Commence	(Y-M-D)
--	---------	-----------------------	---------

Date _____ Signature _____ Department or Agency _____
 Personnel Officer

Address _____ Telephone No. _____

LTD - PSMIP

Name and Address	IAN
	Paylist No.

- 1. This acknowledges receipt of your application card for Long-term Disability Insurance under the Public Service Management Insurance Plan on _____ Date (Y-M-D)
- 2. Please submit a new application with a Declaration of Health.

_____ Date _____ Personnel Officer



Assurance-invalidité de longue durée - Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique

À l'usage exclusif du ministère

NIO	N° de pension de retraite	N° du min.	N° de la liste de paye	Reçu le (A-M-J)	Init.
-----	---------------------------	------------	------------------------	-----------------	-------

À être remplie par le requérant (lettres majuscules svp)

Prénom et initiale	Nom	Date de naissance (A-M-J)	
Adresse	rue et numéro	ville ou village	Province

Déclaration : Je demande à participer à l'assurance-invalidité de longue durée du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique. Si ma demande est acceptée par l'assureur, celle-ci est irrévocable et je continuerai à participer au régime d'assurance-invalidité jusqu'à l'âge de 65 ans ou jusqu'à ce que je cesse d'être employé dans un poste admissible, selon la première de ses éventualités. J'autorise l'agence de paye, qui convient, à retenir sur mon traitement les primes nécessaires. **Je comprends que le commencement des retenues n'implique pas une acceptation de ma demande et que, si celle-ci est refusée, toutes les sommes perçues me seront remboursées.**

Date

Signature

À l'usage exclusif du ministère

Je certifie que l'employé susnommé participait au RACGFP le 31 octobre 1970 ou qu'il était admissible à faire une demande au régime d'assurance-invalidité le 31 octobre 1970 ou à la date de désignation de l'organisme.

Date à laquelle l'employé a été porté à l'effectif de la fonction publique

(A-M-J)

Première retenue

(A-M-J)

Date _____ Signature _____

Agent du personnel

Ministère ou organisme _____

Adresse _____

N° de téléphone _____

AILD - RACGFP

Nom et adresse	NIO
	N° de la liste de paye

1. Nous accusons réception de votre carte de demande d'assurance-invalidité de longue durée du régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique le _____ .
Date (A-M-J)

2. Veuillez présenter une nouvelle demande accompagnée d'une déclaration d'assurabilité.

Date

Agent du personnel