

**PUBLIC SERVICE MANAGEMENT INSURANCE PLAN (PSMIP)
CERTIFICATE OF INSURANCE
JUDGES PLAN**

**RÉGIME D'ASSURANCE POUR LES CADRES DE GESTION DE LA
FONCTION PUBLIQUE (RACGFP) CERTIFICAT D'ASSURANCE
RÉGIME D'ASSURANCE POUR LES JUGES**

Judge Surname - Nom du juge	Given Name - Prénom	IAN - NIO	Paylist No. N° de la liste de paye
-----------------------------	---------------------	-----------	---------------------------------------

Department Address - Adresse du ministère

This is to certify that in accordance with and subject to the terms of group insurance policy number G68-1400 issued to the Board of Trustees for the Public Service Management Insurance Plan (PSMIP), you are insured for the following government-paid coverage commencing effective _____. This certificate cancels any previous certificate issued under this insurance policy.

La présente certifie qu'en conformité et sous réserve des conditions de la police d'assurance collective numéro G68-1400 émise au conseil de fiducie du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique (RACGFP), vous êtes assuré pour l'indemnité ci-dessous payées par le gouvernement à compter du _____. Ce certificat annule tous les certificat antérieur émis en vertu de cette police d'assurance.

Employer-paid Coverage:

Protection payée par l'employeur :

You are insured as of _____ for the following benefits for which the government bears full cost:

Vous êtes assuré à compter du _____ pour les prestations indiquées ci-dessous dont le gouvernement assume le coût :

- Basic Life Insurance based on _____ times your annual insured salary. Assurance-vie de base correspondant à _____ fois votre salaire annuel assuré.
- \$250,000 of Accidental Death and Dismemberment Insurance Assurance de 250 000 \$ en cas de décès ou de mutilation par accident
- Life and Accidental Death and Dismemberment Insurance for your spouse or common-law partner is \$5,000 and \$2,500 for each child. L'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident est de 5 000 \$ pour votre conjoint ou conjoint de fait et de 2 500 \$ pour chacun de vos enfants.

Optional Member-paid Coverage: Supplementary Life Insurance

Protection facultative aux frais de l'employé : Assurance-vie supplémentaire

You are insured from _____ for Supplementary Life Insurance benefits.

Vous êtes assuré à compter du _____ pour des prestations d'assurance-vie supplémentaire.

OR - OU

No Supplementary Life Insurance coverage Aucune protection d'assurance-vie supplémentaire

Initials - Initiales	Surname - Nom	Examined by - Examiné par	Date Y - A M D - J
----------------------	---------------	---------------------------	-----------------------



President and Chief Executive Officer, Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc.
Président et chef de la direction, Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.