



FORMULAIRE DU RÉGIME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES PENSIONNÉS (RSDP) - 1er avril 2006

Le RSDP est offert à la plupart des pensionnés de la fonction publique par le gouvernement du Canada. En remplissant et en signant le formulaire, vous acceptez l'offre de participation au RSDP. Une fois le formulaire rempli, veuillez l'envoyer à votre conseiller en rémunération ou au bureau de pension.

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis aux fins d'appliquer le Règlement du RSDP et sont essentiels pour assurer la protection demandée. Un refus de remplir ce formulaire peut vous exposer à une application rejetée ou retardée. Ces renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels TPSGC PCE 790. Ils sont protégés contre toute divulgation à des personnes ou à des organismes non autorisés, conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Aux termes de ladite loi, vous avez le droit de vous faire communiquer les renseignements personnels vous concernant et conservés par une institution du gouvernement fédéral et de demander des corrections si, selon vous, ils sont erronés ou incomplets. Les renseignements personnels que vous fournissez au sujet d'une autre personne peuvent être communiqués à celle-ci en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

PARTIE A - À ÊTRE REMPLIE PAR LE CONSEILLER EN RÉMUNÉRATION OU PAR LE BUREAU DU RÉGIME DE PENSION

Demande initiale	Modification	Annulation

Régime de pension :

Pensionné à titre de :

PARTIE B - À ÊTRE REMPLIE PAR LE PENSIONNÉ

Acceptation de l'offre de participation au régime - Je certifie que les membres de ma famille énumérés ci-dessous, ainsi que moi-même, répondent aux conditions d'admissibilité du RSDP et je choisis une des catégories de protection indiquées ci-dessous.

- Catégorie I Pensionné seulement** **12,50 \$ par mois plus les taxes, le cas échéant**
- Catégorie II Pensionné et un membre admissible de sa famille** **25,50\$ par mois plus les taxes, le cas échéant**
- Catégorie III Pensionné et plus d'un membre admissible de sa famille** **36,20 \$ par mois plus les taxes, le cas échéant**

Membres de ma famille à être protégés :

Prénoms du (de la) conjoint(e)/ conjoint(e) de fait	Nom de famille du (de la) conjoint(e)/conjoint(e) de fait	Date de naissance		
		A	M	J

Conjoint(e)

A	M	J
---	---	---

Conjoint(e) de fait

A	M	J
---	---	---

Date du mariage

--	--	--

Date de début/fin de cohabitation

--	--	--

Prénoms du membre de la famille	Nom du membre de la famille	Date de naissance		
		A	M	J

Enfant admissible moins de 21 ans

Étudiant admissible entre 21 et 25 ans

Enfant admissible souffrant de déficience

Enfant admissible adopté de fait

Prénoms du membre de la famille	Nom du membre de la famille	Date de naissance		
		A	M	J

Enfant admissible moins de 21 ans

Étudiant admissible entre 21 et 25 ans

Enfant admissible souffrant de déficience

Enfant admissible adopté de fait

J'ai attaché une feuille séparée avec les noms, les dates de naissance et le lien de parenté des membres de famille additionnels.

En signant ce formulaire, je suis conscient et j'ai lu et comprends les raisons pour la collection de l'information personnelle et l'engagement sur la page 2. Je suis d'accord avec les conditions associées au RSDP. J'autorise toute institution gouvernementale ou agence à donner à l'administrateur du RSDP et à Travaux publics et Services gouvernementaux Canada l'information requise pour vérifier les renseignements fournis sur ce formulaire, pour compléter mon inscription au RSDP, et pour administrer le RSDP.

Date

Signature



N° de pension

FORMULAIRE DU RÉGIME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES PENSIONNÉS (RSDP) - 1er avril 2006**PARTIE C - À ÊTRE REMPLIE PAR LE BUREAU DU RÉGIME DE PENSION**

Date d'entrée en vigueur de la retenue (début-modification-arrêt) A M J	Nom de l'agent de pension (en lettres moulées S.V.P.)	Numéro de téléphone	
		Code régional	
Date d'entrée en vigueur de la protection (début-modification-arrêt) A M J	Signature	Date	
		A	M J

ENGAGEMENT

Ce formulaire d'adhésion inclut les dispositions du RSDP, y compris toutes les modalités et conditions, comme si elles avaient été imprimées sur ce formulaire. En signant ce formulaire et en le renvoyant à mon conseiller en rémunération ou à mon administrateur de régime de pension, ce formulaire constitue un accord entre le gouvernement du Canada et moi-même au sujet de mon adhésion au RSDP et son application à mon égard. Je conviens que les dispositions du RSDP et de l'accord peuvent être modifiés par le gouvernement du Canada. Le RSDP et l'accord modifiés s'appliqueront alors comme s'ils avaient été imprimés sur ce formulaire. Je comprends que les taux de cotisation peuvent changer, tel que déterminé par le président du Conseil du Trésor du Canada.

Je ne pourrai mettre fin à mon adhésion ou celle des membres éligibles de ma famille dans le RSDP qu'après une période de trois années civiles révolues. J'autorise les retenues mensuelles requises sur ma pension autant pour les fins du présent régime que pour les taxes applicables.

NOTES EXPLICATIVES

1. 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 s'inscrivant le ou après le 1^{er} avril 2006), ne renferme cependant pas toutes les dispositions du régime.
2. 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-Distribution@tbs-sct.gc.ca et en donnant les numéros de document TBS 006779 pour le Règlement du RSDP et TBS 006796 pour le livret d'information.
3. Si vous n'avez pas suffisamment d'espace pour identifier tout les membres de la famille que vous voulez protéger, 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.
4. 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).
5. En règle générale, la protection en vertu du RSDP entre en vigueur le premier jour du deuxième mois suivant le mois au cours duquel le bureau chargé des pensions pertinent reçoit le formulaire du RSDP dûment rempli. Toutefois, les nouveaux pensionnés qui soumettent un formulaire rempli dans les 60 jours suivant la date d'entrée en vigueur de leur droit à pension seront normalement protégés en vertu du RSDP à compter de la date d'entrée en vigueur de leur droit à pension.
6. Si le membre admissible de votre famille est un enfant admissible souffrant une déficience ou un enfant admissible adopté de fait, les pièces justificatives doivent être fournies.

Date de réception au bureau des pensions