

Part-time EmployeeOnly

**LONG-TERM DISABILITY INSURANCE
PUBLIC SERVICE MANAGEMENT INSURANCE PLAN**

For Departmental Use Only

IAN _____ Superannuation No. _____ Dept. No. _____ Paylist No. _____ Date received _____ Init. _____
D M Y

To Be Completed by the Applicant (Please Print)

Name and Initial _____ Surname _____ Date of Birth _____
D M Y
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

Employee Status: _____ Date on which the employee was taken on strength in the public service _____
D M Y
 Indeterminate or Term over 6 months Term 6 Months or Less Other (Specify) _____ Assigned Hours per Week _____ Equivalent Full-time Hours per Week _____

I certify that the above-named employee was on strength on August 31, 1982, or immediately prior to the date of designation of the agency and is eligible for coverage as an optional member.

Date _____ Signature _____ Department or Agency _____
Personnel Officer

Address _____ Telephone No. _____

PWGSC-TPSGC 2027-1 (12/1998)

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 _____

2. Please submit a new application with a Statement of Health. _____ Date _____

Personnel Officer _____ Date _____

Employé à temps partiel
seulement

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 _____ J _____ M _____ A _____ Init. _____

À être remplie par le requérant (lettres majuscules svp)

Prénom et initiale _____ Nom _____ Date de naissance _____ J _____ M _____ A _____
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

Situation de l'employé : _____ Date à laquelle l'employé a été porté à l'effectif de la fonction publique _____ J _____ M _____ A _____

Période indéterminée ou de plus de 6 mois Période déterminée de 6 mois ou moins Autre (préciser) _____ Heures de travail désignées par semaine _____ Heures équivalentes à temps plein par semaine _____

Je certifie que l'employé susnommé occupait un poste le 31 août 1982 ou immédiatement avant la date de désignation de l'organisme et qu'il est admissible au régime comme membre facultatif.

Date _____ Signature _____ Ministère ou organisme _____
Agent du personnel

Adresse _____ N° de téléphone _____

PWGGSC-TPSGC 2027-1 (12/1998)

AILD - RACGFP

NIO

Norm et adresse

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

2. Veuillez présenter une nouvelle demande accompagné d'une déclaration d'état de santé. _____

Date

Agent du personnel