

* EMPLOYÉ À TEMPS PARTIEL SEULEMENT

1. DEMANDE INITIALE 2. MODIFICATION D'ASSURANCE 3. ANNULATION COMPLÈTE

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 _____ Init. _____

À être remplie par le requérant

Prénom et initiale _____ Nom _____ Date de naissance _____ Sexe M F

Adresse postale _____

Nom du bénéficiaire _____ Lien de parenté _____

Je me réserve le droit de révoquer la désignation de bénéficiaire (pour une demande initiale seulement) OUI NON

Assurance de l'employé - Je demande l'assurance-vie de base et l'assurance facultative indiquée ci-après : OUI NON
Assurance-vie supplémentaire (déclaration d'état de santé requise)

Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident - En unités de 25 000 \$ jusqu'à un maximum de 10 (inscrire le nombre d'unités dans la case désignée «oui»)

Assurance des personnes à charge 1 - Conjoint et enfants ou

2 - Enfants seulement

Je suis (ne suis pas) assuré en vertu d'un régime d'assurance-collective d'une association d'employés. Mon assurance ne sera plus en vigueur après le _____

J'autorise le bureau de paye, qui convient, à retenir sur mon traitement les primes nécessaires. Cette autorisation restera valable jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Par la présente, j'annule ma participation au régime d'assurance.

Date _____ Signature _____

À l'usage exclusif du ministère

Date à laquelle l'employé a été porté à l'effectif de la fonction publique. _____ Date à laquelle l'employé pouvait présenter une demande d'adhésion au RACGFP. _____

Heures de travail désignées par semaine _____ Heures équivalentes à temps plein _____

Date _____ Signature _____ Lieu _____

Ministère ou organisme _____ N° de tél. _____

PWGSC-TPSGC 2028-5 (03/2000)

RACGFP

Nom et adresse _____ NIO _____
N° de la liste de paye _____

1. Nous accusons réception de votre carte de demande le _____ Date _____

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

_____ Date _____ Agent du personnel _____