

Disability Insurance

For Departmental Use Only					
IAN	Superannuation No.	Dept. No.	Paylist No.	Date received	Init.

To Be Completed by the Applicant (Please Print)		
Name and Initial	Surname	Date of Birth

Address (Street and Number, City or Town, Province)

Declaration: I hereby apply for Disability Insurance. 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 the necessary premiums from my salary. **I understand that the commencement of deductions does not indicate an acceptance of my application and that, if my application is declined, all amounts will be refunded to me.**

Date	Signature
For Departmental Use Only	
Employee Status:	Deduction to Commence
<input type="checkbox"/> Indeterminate or term over six months	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y
<input type="checkbox"/> Seasonal - six months continuing active employment completed on _____	
<input type="checkbox"/> Term six months or less	Date on which the employee was taken on strength in the public service
_____ Date	_____

I certify that the above-named employee was on strength in an eligible position on October 31, 1970 or on the effective date of the designation of the agency and was eligible for insurance on that day.

Date _____ Signature _____ Department or Agency _____
Personnel Officer

Address _____ Telephone No. _____

Disability Insurance

Name and Address	IAN	PWGSC-TPSGC 2026 (02/1999)
	Paylist No.	

1. This acknowledges receipt of your application card on _____ Date
2. Please submit a new application with a Declaration of Personal Insurability.

_____ Date _____ Personnel Officer

Assurance-invalidité

À l'usage exclusif du ministère

NIO	N° de pension de retraite	N° de min.	N° de la liste de paye	Reçu le	Init.
-----	---------------------------	------------	------------------------	---------	-------

À être remplie par le requérant (lettres majuscules svp)

Prénom et initiale	Nom	Date de naissance
--------------------	-----	-------------------

Adresse postale (rue et numéro, ville ou village, province)

Déclaration : Par la présente, je demande à participer à l'assurance-invalidité. Je comprends que si ma demande est acceptée par l'assureur, celle-ci est irrévocable et que 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 ces éventualités. J'autorise l'agence de paye pertinente à retenir les primes nécessaires sur mon salaire. **Je comprends que le commencement des retenues ne signifie pas l'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 :

- Période indéterminé ou de plus de six mois
- Saisonnier - six mois d'emploi actif continu terminés le _____
- Période de six mois ou moins _____

Première retenue

M	A
---	---

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

Je certifie que l'employé susnommé occupait un poste admissible, le 31 octobre 1970 ou à la date d'entrée en vigueur de la désignation de l'organisme, et qu'à cette date, il remplit les conditions lui permettant d'obtenir une assurance.

Date _____ Signature _____ Agent du personnel

Ministère ou organisme _____

Adresse _____ N° de téléphone _____

Assurance-invalidité

Nom et adresse	NIO
	N° de la liste de paye

PWGSC-TPSGC 2026 (02/1999)

1. Nous accusons réception de votre carte de demande le _____ .
Date
2. Veuillez soumettre une nouvelle demande et y joindre une déclaration personnelle d'assurabilité.

Date

Agent du personnel