

Disability Insurance Part-time Employee Only

For Departmental Use Only

IAN	Superannuation No.	Dept.	Paylist No.	Date received
-----	--------------------	-------	-------------	---------------

Employee Status: _____ Date on which the employee was taken on strength in the public service _____ Y M D

Indeterminate or term over six months Term six months or less Seasonal - six months continuing active employment completed on _____ Other (Specify) _____

Assigned Hours per Week _____ Date _____ 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. _____

To Be Completed by the Applicant (Please Print)

<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs.	Name	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. **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 _____

Disability Insurance

Name and Address	IAN	PWGSC-TPSGC 2026-1 (10/1999)
	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 - Employé à temps partiel seulement**À l'usage exclusif du ministère**

NIO	N° de pension de retraite	Ministère	N° de la liste de paye	Reçu le
-----	---------------------------	-----------	------------------------	---------

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

Période indéterminée ou de plus de six mois Période de six mois ou moins Saisonnier - six mois d'emploi actif continu terminé le _____ Autre (préciser) _____

Heures de travail désignées _____ Date _____ 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 participant facultatif.

Date _____ Signature _____ Ministère ou organisme _____
Agent du personnel

Adresse _____ N° de téléphone _____

À être remplie par le requérant (lettres majuscules svp)

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Nom	Date de naissance
--	-----	-------------------

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

Déclaration : 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 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 ne signifie pas l'acceptation de ma demande et que si celle-ci est refusée, toutes les sommes perçues me seront remboursées.**

_____ Date

_____ Signature

Assurance-invalidité

Nom et adresse	NIO
	N° de la liste de paye

PWGSC-TPSGC 2026-1 (10/1999)

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

2. Veuillez soumettre une nouvelle demande accompagnée d'une déclaration personnelle d'assurabilité.

_____ Date

_____ Agent du personnel