



Superannuation No. N° de pension de retraite	
Date	(Y-A M D-J)

TO: PERSONNEL OFFICE / AU : BUREAU DU PERSONNEL

SUBJECT: DISABILITY INSURANCE APPLICATION / OBJET : DEMANDE D'ADHÉSION AU RÉGIME D'ASSURANCE-INVALIDITÉ

Name - Nom	Paylist - Liste de paye	Individual Agency No. N° individuel de l'organisme
------------	-------------------------	-------------------------------------------------------

Please forward the following information immediately: / Veuillez nous faire parvenir les renseignements suivants, immédiatement :

Individual Agency No. / N° individuel de l'organisme.

Employee Status (Full Time, Indeterminate, Part-time [number of hours] or Seasonal). / Situation de l'employé (temps plein, indéterminé, temps partiel [nombre d'heures] ou saisonnier).

Date on which the employee was taken on strength in the public service. / Date à laquelle l'employé a été porté à l'effectif de la fonction publique.

The application card is returned for signature by the personnel officer. / Nous vous renvoyons la carte de demande pour que l'agent du personnel y appose sa signature.

The application card is returned for signature by the employee. / Nous vous renvoyons la carte de demande pour que l'employé y appose sa signature.

The application card is returned for verification. It appears that the employee is a compulsory member. / Nous vous renvoyons la carte de demande pour vérification. Cet employé semble être un participant obligatoire.

As the application was received in the personnel office on \_\_\_\_\_, coverage and contributions should be effective from \_\_\_\_\_ instead of \_\_\_\_\_. Please authorize the pay office to make the required adjustments. / Étant donné que le bureau du personnel a reçu la demande le \_\_\_\_\_, la protection et les cotisations doivent prendre effet le \_\_\_\_\_ au lieu du \_\_\_\_\_. Veuillez autoriser le bureau de paye à effectuer les rectifications nécessaires.

We have received a PWGSC-TPSGC 2229, SunLife of Canada, Confidential Questionnaire, Employee Group Insurance, Declaration of Personal Insurability, for this employee but we have not received an Application card. Please ensure that the employee has completed an Application card and forward it immediately to the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector.

Nous avons reçu un PWGSC-TPSGC 2229-1, SunLife du Canada, Questionnaire confidentiel, Assurance collective de l'employé, Déclaration personnelle d'assurabilité, pour cet employé, mais nous n'avons pas reçu de carte de demande. Veuillez vous assurer que l'employé a rempli une carte de demande et faites-la parvenir immédiatement au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle.

We have received an Application card for the employee but we have not received a PWGSC-TPSGC 2229. Please have the employee complete a PWGSC-TPSGC 2229 and forward it immediately to the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector.

Nous avons reçu une carte de demande pour cet employé, mais nous n'avons pas reçu de PWGSC-TPSGC 2229-1. Veuillez faire remplir un PWGSC-TPSGC 2229-1 par l'employé et faites-le parvenir immédiatement au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle.

Second request: We have not yet received the application card or the PWGSC-TPSGC 2229 which was requested on \_\_\_\_\_. Please forward it to us immediately.

Deuxième demande : Nous n'avons pas encore reçu la carte de demande ou le PWGSC-TPSGC 2229-1 demandé le \_\_\_\_\_. Veuillez nous le faire parvenir immédiatement.

Third and final request. We have not received a PWGSC-TPSGC 2229 or an Application card for the above-named employee. If we do not receive it within 30 days, we will have to cancel the request and ask that you refund all premiums deducted to date, if applicable.

Troisième et dernier avis. Nous n'avons pas encore reçu de PWGSC-TPSGC 2229-1 ou de carte de demande pour l'employé susnommé. Si nous ne le recevons pas dans les 30 jours, nous devons annuler la présente demande et vous demander de rembourser toutes les primes versées jusqu'à présent, s'il y a lieu.

Client Insurance Services has closed the file for the above-named applicant because the employee has failed to submit a PWGSC-TPSGC 2229 or an application card. Please notify the employee accordingly.

La Section des services d'assurance aux clients a fermé le dossier du requérant susnommé parce que l'employé a omis de présenter un PWGSC-TPSGC 2229-1 ou une carte de demande. Veuillez en aviser l'employé.

Please inform the pay office to cease deductions and to refund all contributions made by the employee for this insurance.

Veuillez demander au bureau de paye d'interrompre le prélèvement des retenues et de rembourser toutes les cotisations versées par l'employé pour la présente assurance.

Client Insurance Services, P.O. Box 5010, Shediac, N.B. E4P 9B4 Tel. No.: (506) 533-5800 Section des services d'assurance aux clients, C.P. 5010, Shediac (N.-B.) E4P 9B4 N° de tél. : (506) 533-5800
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------