

**PUBLIC SERVICE MANAGEMENT INSURANCE PLAN
- MEMBERS ENTITLED TO GOVERNMENT-PAID COVERAGE**

1. INITIAL APPLICATION 2. CHANGE IN COVERAGE

For Departmental Use Only

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

To Be Completed by the Applicant (Please Print)

Name and Initial	Surname	Date of Birth D M Y	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
------------------	---------	------------------------	---

Mailing Address _____

Name of Beneficiary	Relationship
---------------------	--------------

I reserve the right to revoke the beneficiary appointment (for initial application only) YES NO

I hereby apply for Supplementary Life Insurance YES NO

I wish (do not wish) to defer Supplementary Life Insurance coverage until the date my coverage under an employee Organization Group Plan ceases. My last day of coverage is

D	M	Y
---	---	---

I authorize the appropriate Pay Agency to deduct from my pay the necessary premiums. This authorization shall continue until revoked by me in writing.

I wish to be insured for government-paid coverage only.

Date _____ Signature _____

For Departmental Use Only

Date on which the employee was taken on strength in the Public Service	D M Y	Date on which the employee became eligible for government-paid coverage	D M Y
--	-------	---	-------

Date _____ Signature _____ Location _____

Department or Agency _____ Tel. No. _____

Complete Address of Department or Agency _____

PSMIP

Name and Address	IAN
	Paylist No.

PWGSC-TPSGC 2028-7 (9/95)

1. This acknowledges receipt of your application card on _____ Date _____

2. Please submit a Statement of Health.

Date Personnel Officer

**RÉGIME D'ASSURANCE POUR LES CADRES DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE
- PARTICIPANTS ADMISSIBLES À LA PROTECTION OFFERTE PAR L'ÉTAT**

1. DEMANDE INITIALE 2. MODIFICATION À L' ASSURANCE

À l'usage exclusif du ministère

NIO	N° de pension de retraite	N° du min.	N° de la liste de paye	J M A	Reçu le	Init.
-----	---------------------------	------------	------------------------	-------	---------	-------

À être remplie par le requérant (lettres majuscules svp)

Prénom et initiale	Nom	Date de naissance J M A	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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

Je demande l'assurance-vie supplémentaire OUI NON

Je veux (je ne veux pas) différer ma protection d'assurance-vie supplémentaire jusqu'à la date où cessera ma protection en vertu d'un régime d'assurance collective d'une association d'employés. Mon assurance ne sera plus en vigueur après le

J	M	A
---	---	---

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.

Je demande à être assurée pour la protection offerte par l'État.

Date _____ Signature _____

À l'usage exclusif du ministère

Date à laquelle l'employé a été porté à l'effectif de la fonction publique.	J M A	Date à laquelle l'employé est devenue admissible à la protection offerte par l'État	J M A
---	-------	---	-------

Date _____ Signature _____ Endroit _____

Ministère ou organisme _____ N° de tél. _____

Adresse au complet du ministère ou de l'organisme _____

RACGFP

Nom et adresse	NIO
	N° de la liste de paye

PWGSC-TPSGC 2028-7 (9/95)

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

2. Veuillez présenter une déclaration d'état santé.

Date Agent du personnel