Public Works and Government Services Canada | Travaux publics et Services gouvernementaux Canada

Pubic Service Management Insurance Plan - Members Entitled to Employer-Paid Coverage

Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique - Participants admissible à la protection payée par l'employeur

☐ **Initial Application - Demande initiale** ☐ **Change in Coverage - Modification de la protection**

For Departmental Use Only - À l'usage exclusif au ministère

Individual Agency Number (IAN) Numéro individuel d'organisme (NIO)	Superannuation No. N° de pension de retraite (or PRI#)	Dept. Min.	PL - LP	Date Received Date reçu le (Y-A M D-J)	Intials Initiales
		NWT			

To be Completed by the Applicant (Please print) À être rempli par le requérant (lettres majuscules seulement)

First Name - Prénom	Int. Init.	Surname - Nom	Date of Birth Date de naissance (Y-A M D-J)	Sex - Sexe
				☐ M ☐ F

Address - Adresse

Street and Number - Rue et n°	City or Town - Ville ou village	Province	Postal Code Code postale

Name of Beneficiary - Nom du bénéficiaire

Designation of this beneficiary is Désignation de ce bénéficiaire est ☐ Revocable Révocable or ☐ Irrevocable irrévocable

N.B. - In Quebec, if you do not indicate whether the beneficiary designation is revocable, the designation of the legal is irrevocable and any other choice is revocable.

In all province/territories, as irrevocable beneficiary's written consent is required in order to make any change to the beneficiary designation.

N.B. - Au Québec, si vous n'avez pas indiqué si la désignation de bénéficiaire est révocable, la désignation du conjoint légal est irrévocable et toute autre choix est révocable.

Dans toutes les provinces et toutes les territoires, un bénéficiaire irrévocable du consentement écrit est nécessaire pour que tout changement de la désignation de bénéficiaire.

I hereby apply for Supplementary Life Insurance Je demande l`assurance-vie supplémentaire ☐ Yes Oui ☐ No Non

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

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'employées. Mon assurance ne sera plus en vigueur après le

(Y-A M D-J)

I authorize the appropriate pay office to deduct the necessary premiums from my pay. This authorization shall continue until revoked by me in writing. ☐ J'autorise le bureau de paye, approprié, à retenir les primes nécessaires de mon traitement. Cette authorisation restera valable jusqu'à ce que je la révoque par écrit.

I wish to be insured under the employer-paid coverage only. ☐ Je désire être assurée par la protection payée par l'employeur seulement.

(Y-A M D-J) Signature

For Departmental Use Only - À l'usage excusif du ministère

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.

(Y-A M D-J)

Date on which the employee became eligible for employer-paid coverage.
Date à laquelle l'employé est devenu admissible à la protection payée par l'employeur.

(Y-A M D-J)

Yellowknife, NT

(Y-A M D-J) Signature Location - Endroit

Department or Agency - Ministère ou organisme: Government of Northwest Territories (DEPT. OF FINANCE - FESS)

Telephone Number - Numéro de téléphone: 867-767-9173 x 15136

Complete Address of Department or Agency - Adresse complète du ministère ou de l'organisme

BAG SERVICE 1511 (YK CENTRE, 3RD FL) YELLOWKNIFE, NT X1A 2R3

PSMIP - RACGFP

Name and Address - Nom et adresse

IAN - NIO

Paylist Number - Numéro de la liste de paye

1. This acknowledges receipt of your application card on Nous accusons réception de votre carte de demande le (Y-A M D-J)
2. Please submit a Statement of Health. Veuillez présenter une déclaration d'état de santé.

(Y-A M D-J) Personnel Officer - Agent du personnel