Numéro de régime
Numéro de certificat

Directives

- Vous pouvez effectuer votre adhésion préalable en ligne à l'adresse canadavie.com/rssfp au lieu de soumettre un formulaire papier.
- Tout formulaire incomplet ou illisible vous sera retourné par la poste afin que vous le soumettiez de nouveau.
- Remplissez toutes les sections du formulaire. **Veillez écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE, à l'encre; signez et datez le formulaire, puis retournez-le à :**

La Canada Vie
Adhésion préalable – RSSFP
CP 6000, Succursale Main
Winnipeg, MB R3C 3A5.

Des questions? Consultez canadavie.com/rssfp ou appelez-nous au 1 855 415-4414, du lundi au vendredi, entre 8 h et 17 h (votre heure locale).

- J'effectue mon adhésion préalable pour la première fois auprès de la Canada Vie.**
- J'ai déjà effectué mon adhésion préalable et je souhaite y apporter un changement.**

1 Vos coordonnées

Nom de famille		Prénom		Prénom préféré	
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)			Genre ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre ☐ Préfère ne pas répondre		
Adresse postale (numéro et rue, et/ou case postale)					Numéro d'appartement
Ville	Province/Territoire/État	Code postal/ZIP	Pays		
Pays de résidence actuel pour les participants bénéficiant d'une protection totale			Le pays de résidence actuel est le pays où vous résidez ou travaillez actuellement ou le pays où vous êtes affecté ou muté. Il peut différer de votre adresse postale.		
Province ou territoire du Canada qui vous fournit des soins de santé			La province ou le territoire où vous êtes protégé par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial lorsque vous êtes au Canada.		

2 Mode de communication privilégié

Comment souhaitez-vous que l'on communique avec vous?

Veillez sélectionner un seul mode de communication. Si vous sélectionnez les deux, nous considérerons que votre mode de communication privilégié est le courriel.

- Courriel (indiquez votre adresse courriel)
- Papier (les communications seront envoyées à l'adresse postale indiquée à la section 1)

3 Renseignements sur la coordination des prestations

En plus du RSSFP, bénéficiez-vous d'une autre protection pour soins de santé en tant que participant? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

De quelles garanties bénéficiez-vous au titre de l'autre régime (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Services de santé Médicaments Soins de la vue

Votre autre protection est-il auprès de la Canada Vie? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

Êtes-vous un retraité au titre de l'autre régime? Oui Non Dans la négative, quel régime est entré en vigueur en premier? Le RSSFP L'autre régime

4 Renseignements sur votre époux ou conjoint de fait admissible

Raison du changement : Ajout Modification Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj)

Nom de famille		Prénom	
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)		Genre ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre ☐ Préfère ne pas répondre	

Votre époux ou conjoint de fait est-il protégé au titre d'un autre régime de soins de santé collectif? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? Services de santé Médicaments Soins de la vue

Votre époux ou conjoint de fait participe-t-il également au RSSFP? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez son numéro de certificat dans le cadre du RSSFP :

Dans la négative, l'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? Oui Non

Dans l'affirmative, numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

5 Renseignements sur les enfants à votre charge admissibles

Personne à charge 1 Raison du changement : Ajout Modification Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj)

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)	Genre ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre ☐ Préfère ne pas répondre

- Enfant à charge (âgé de moins de 21 ans)
 Enfant ayant une invalidité (âgé de 21 ans ou plus)
 Étudiant à temps plein (s'il est âgé de 21 à 25 ans) S'il s'agit d'un étudiant à temps plein :

Nom de l'établissement
Nom du programme Date de fin du programme (aaaa-mmm-jj)

Votre enfant à charge est-il protégé en tant que participant ou personne à charge au titre d'un autre régime de soins de santé collectif? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? Services de santé Médicaments Soins de la vue

Votre enfant à charge est-il protégé par le régime d'un autre parent ou tuteur? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le nom et la date de naissance de l'autre parent ou tuteur :

Nom de famille Prénom Date de naissance (aaaa-mmm-jj)

L'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? Oui Non

Dans l'affirmative, numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

Personne à charge 2 Raison du changement : Ajout Modification Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj)

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)	Genre ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre ☐ Préfère ne pas répondre

- Enfant à charge (âgé de moins de 21 ans)
 Enfant ayant une invalidité (âgé de 21 ans ou plus)
 Étudiant à temps plein (s'il est âgé de 21 à 25 ans) S'il s'agit d'un étudiant à temps plein :

Nom de l'établissement
Nom du programme Date de fin du programme (aaaa-mmm-jj)

Votre enfant à charge est-il protégé en tant que participant ou personne à charge au titre d'un autre régime de soins de santé collectif? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? Services de santé Médicaments Soins de la vue

Votre enfant à charge est-il protégé par le régime d'un autre parent ou tuteur? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le nom et la date de naissance de l'autre parent ou tuteur :

Nom de famille Prénom Date de naissance (aaaa-mmm-jj)

L'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? Oui Non

Dans l'affirmative, numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

5 Renseignements sur les enfants à votre charge admissibles (suite)

Si vous devez ajouter plus de quatre personnes à charge, utilisez une photocopie du présent formulaire.

Personne à charge 3 Raison du changement : Ajout Modification Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj)

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)	Genre ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre ☐ Préfère ne pas répondre

- Enfant à charge (âgé de moins de 21 ans)
 Enfant ayant une invalidité (âgé de 21 ans ou plus)
 Étudiant à temps plein (s'il est âgé de 21 à 25 ans) S'il s'agit d'un étudiant à temps plein :

Nom de l'établissement
Nom du programme Date de fin du programme (aaaa-mmm-jj)

Votre enfant à charge est-il protégé en tant que participant ou personne à charge au titre d'un autre régime de soins de santé collectif? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? Services de santé Médicaments Soins de la vue

Votre enfant à charge est-il protégé par le régime d'un autre parent ou tuteur? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le nom et la date de naissance de l'autre parent ou tuteur :

Nom de famille Prénom Date de naissance (aaaa-mmm-jj)

L'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? Oui Non

Dans l'affirmative, numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

Personne à charge 4 Raison du changement : Ajout Modification Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj)

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)	Genre ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre ☐ Préfère ne pas répondre

- Enfant à charge (âgé de moins de 21 ans)
 Enfant ayant une invalidité (âgé de 21 ans ou plus)
 Étudiant à temps plein (s'il est âgé de 21 à 25 ans) S'il s'agit d'un étudiant à temps plein :

Nom de l'établissement
Nom du programme Date de fin du programme (aaaa-mmm-jj)

Votre enfant à charge est-il protégé en tant que participant ou personne à charge au titre d'un autre régime de soins de santé collectif? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? Services de santé Médicaments Soins de la vue

Votre enfant à charge est-il protégé par le régime d'un autre parent ou tuteur? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le nom et la date de naissance de l'autre parent ou tuteur :

Nom de famille Prénom Date de naissance (aaaa-mmm-jj)

L'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? Oui Non

Dans l'affirmative, numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

- Le promoteur du régime est le gouvernement du Canada.
- L'Administration du Régime de soins de santé de la fonction publique fédérale est l'organisme responsable de l'administration du RSSFP.
- L'administrateur du régime à qui le contrat a été octroyé est La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie).
- Les renseignements personnels, aux fins du présent consentement, désignent les renseignements personnels décrits dans les énoncés sur la protection des renseignements personnels du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), du Régime de soins dentaires de la fonction publique (RSDFP) et du Régime de services dentaires pour les pensionnés (RSDP).

Le gouvernement du Canada recueille, traite et conserve des renseignements personnels aux fins de l'administration du RSSFP, du RSDFP et du RSDP conformément à la [Loi sur la protection des renseignements personnels](#) du Canada. Les énoncés sur la protection des renseignements personnels [du RSSFP](#), [du RSDFP](#) et [du RSDP](#) ont été élaborés conformément à la [Loi sur la protection des renseignements personnels](#).

À titre d'administrateur du régime sous contrat, la Canada Vie a accepté de se conformer à la [Loi sur la protection des renseignements personnels](#). La Canada Vie est assujettie à d'autres lois sur la protection des renseignements personnels applicables dans les juridictions où elle exerce ses activités. La Canada Vie publie sa [Politique de protection des renseignements personnels](#) dans son site web. En cas de divergence entre la [Loi sur la protection des renseignements personnels](#) et les autres lois, la Canada Vie appliquera les exigences les plus strictes. Vos renseignements personnels et ceux de vos personnes à charge admissibles, le cas échéant, seront conservés de façon sécuritaire et confidentielle. Vos renseignements personnels sont utilisés pour administrer votre protection. Ils nous aident à vérifier votre identité, à tenir à jour vos renseignements sur l'adhésion préalable, à évaluer votre admissibilité, à obtenir de la rétroaction sur notre service à la clientèle et à protéger toutes les parties contre des risques tels que la fraude.

L'accès à vos renseignements personnels est limité aux personnes qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches ainsi qu'aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès. Dans le cadre du RSSFP, du RSDFP et/ou du RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit), l'administrateur du régime et ses sous-traitants peuvent s'échanger des renseignements personnels à votre sujet afin de faciliter l'administration des services. Vos renseignements personnels peuvent être divulgués à des fournisseurs de soins de santé, à d'autres compagnies d'assurance ou de réassurance, à des fournisseurs de services de traitement des demandes de règlement, à des fournisseurs de technologie et à d'autres fournisseurs de services mentionnés dans les énoncés sur la protection des renseignements personnels [du RSSFP](#), [du RSDFP](#) et [du RSDP](#) ou dans la [Politique de protection des renseignements personnels](#) de la Canada Vie. Il est également possible que vos renseignements personnels doivent être divulgués aux autorités publiques et gouvernementales en vertu des lois applicables au Canada ou ailleurs. Vos renseignements personnels peuvent être recueillis ou communiqués à l'extérieur du Canada ou de la province où vous résidez dans le cadre des affaires quotidiennes.

Vous pouvez exercer vos droits en matière de protection des renseignements personnels, tel qu'accéder ou corriger vos renseignements personnels, par l'entremise du [centre de protection des renseignements personnels](#) de la Canada Vie. Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels dont la Canada Vie a besoin pour vous fournir des services et pour s'acquitter de ses obligations légales, elle ne sera plus en mesure de continuer à administrer vos prestations et à évaluer vos demandes de règlement au titre du ou des régimes auxquels vous êtes inscrits, ou à assurer la coordination de vos prestations avec celles d'autres régimes.

Déclarations

1. J'ai lu et compris les énoncés sur la protection des renseignements personnels du RSSFP, du RSDFP et/ou du RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit) ainsi que la [Politique de protection des renseignements personnels](#) de la Canada Vie.
2. Je consens à ce que le promoteur du régime, l'Administration du Régime de soins de santé de la fonction publique fédérale (pour le RSSFP seulement), la Canada Vie et ses fournisseurs de services ainsi que d'autres entités mentionnées ci-dessus recueillent, utilisent et divulguent des renseignements personnels me concernant ou concernant mes personnes à charge aux fins de l'administration du RSSFP, du RSDFP et/ou du RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit), y compris l'évaluation des demandes de règlement. Il est également possible que ces renseignements soient utilisés ou divulgués auprès d'autres personnes et organisations qui disposent de ces renseignements ou qui en ont besoin à ces fins.
3. J'ai obtenu le consentement de mes personnes à charge âgées de plus de 18 ans pour leur adhésion au RSSFP, au RSDFP et/ou au RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit) de même qu'à l'utilisation et à la divulgation de leurs renseignements personnels aux fins susmentionnées.
4. Je consens à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels de mes personnes à charge âgées de moins de 18 ans pour les besoins de leur adhésion au RSSFP, au RSDFP et/ou au RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit) et aux fins susmentionnées.
5. Je confirme que toutes les personnes à charge que j'ai indiquées satisfont aux critères d'admissibilité du RSSFP, du RSDFP et/ou du RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit) et que les renseignements que j'ai fournis sont complets et exacts.
6. Je consens à réviser et à tenir à jour tous les renseignements sur moi et mes personnes à charge.
7. Je consens à valider et/ou à mettre à jour mes renseignements personnels et, le cas échéant, ceux de mes personnes à charge, en suivant le processus de confirmation bisannuelle. Si je ne complète pas la confirmation bisannuelle, les demandes de règlement de mes personnes à charge peuvent être suspendues jusqu'à ce que cette confirmation soit complétée.
8. Je consens que les renseignements que j'ai modifiés, validés ou mis à jour à mon sujet et au sujet de mes personnes à charge soient communiqués à l'administrateur du régime et ses sous-traitants dans le cadre du RSSFP, du RSDFP et/ou du RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit) afin de faciliter l'administration des services.
9. Je confirme que tous les biens et services pour lesquels un remboursement est demandé par moi-même ou mes personnes à charge auront été reçus par moi ou mes personnes à charge. Si je n'ai pas remboursé à la Canada Vie des paiements en trop ou des paiements erronés, je consens à ce que la Canada Vie divulgue ces renseignements personnels au promoteur du régime, plus précisément le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. Le promoteur du régime / Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada peut divulguer ces renseignements personnels à des institutions gouvernementales afin que les paiements en trop ou les paiements erronés ainsi que les intérêts correspondants (s'il y a lieu) puissent être déduits ou compensés de toute somme qui m'est due ou payable par Sa Majesté.
10. Si des renseignements bancaires ont été fournis, j'autorise la Canada Vie à déposer les remboursements de réclamations directement dans le compte fourni.
11. Si des renseignements bancaires ont été fournis pour les membres du régime d'Anciens Combattants Canada aux fins du recouvrement des cotisations, j'autorise la Canada Vie à effectuer des retraits dans le compte bancaire indiqué.

Signature

Je consens à ce que les renseignements figurant dans la présente demande soient soumis à la Canada Vie pour l'adhésion au RSSFP, au RSDFP et/ou au RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit), et je donne le consentement et fais les déclarations ci-dessus. Une photocopie ou une version électronique de la présente demande dûment signée est aussi valide que l'original.

Signature X _____ Date (aaaa-mmm-jj) : _____ Page 4 de 4