

Numéro de régime
Numéro de certificat

## Directives

- Vous pouvez effectuer votre adhésion préalable en ligne à l'adresse [canadavie.com/rssfp](http://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](http://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	
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)		Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Je 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 <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> 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 la société responsable de l'administration de ce régime.
- 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 l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP).

Le gouvernement du Canada recueille, traite et conserve des renseignements personnels aux fins de l'administration du RSSFP conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada. L'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP a été élaboré 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 territoires de compétence où elle exerce ses activités. La Canada Vie publie ses Normes en matière 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 des personnes à votre charge admissibles, le cas échéant, seront conservés de façon sécuritaire et confidentielle. Vos renseignements personnels sont utilisés pour administrer votre protection et selon ce qui est autorisé ou exigé par la loi.

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 y avez accordé l'accès. 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 traitement des demandes de règlement, à des fournisseurs de technologies et à d'autres fournisseurs de services mentionnés dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP ou les Normes en matière 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.

Pour consulter la Loi sur la protection des renseignements personnels et l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP, rendez-vous à [canadavie.com/rssfp](http://canadavie.com/rssfp).

#### Déclarations

1. J'ai lu et compris l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP et les Normes en matière 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, 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 les personnes à ma charge pour l'administration du RSSFP, y compris l'évaluation des demandes de règlement. Il est également possible que ces renseignements soient utilisés auprès d'autres personnes et organisations qui disposent de ces renseignements ou qui en ont besoin à ces fins, ou qu'ils leur soient divulgués.
3. Je confirme que les personnes à ma charge âgées de plus de 18 ans consentent à adhérer au RSSFP et 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 des personnes à ma charge âgées de moins de 18 ans pour les inscrire au RSSFP et aux fins susmentionnées.
5. Je confirme que toutes les personnes à charge que j'ai indiquées satisfont aux critères d'admissibilité du RSSFP et que les renseignements que j'ai fournis sont complets et exacts.
6. Je consens à examiner et à tenir à jour tous les renseignements sur moi et les personnes à ma charge.
7. Je consens à valider ou à mettre à jour mes renseignements personnels et, le cas échéant, ceux des personnes à ma charge, en suivant le processus de confirmation bisannuelle. Si je n'effectue pas la confirmation bisannuelle, les demandes de règlement des personnes à ma charge peuvent être suspendues jusqu'à ce que j'effectue cette confirmation.
8. Je confirme que tous les biens et services pour lesquels un remboursement est demandé par moi-même ou les personnes à ma charge auront été reçus par moi ou les personnes à ma 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) soient retenus des sommes que Sa Majesté me doit, le cas échéant, ou déduits de ces sommes.
9. Si des renseignements bancaires ont été fournis, j'autorise la Canada Vie à déposer les paiements de demandes de règlement dans le compte dont les renseignements ont été fournis.
10. Si des renseignements bancaires ont été fournis pour des participants de régime d'Anciens Combattants Canada aux fins du prélèvement des primes, 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, 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) \_\_\_\_\_