

Bienvenue à la Canada Vie!

Votre Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) sera transféré à la Canada Vie.

Vous devez effectuer l'adhésion préalable et donner votre consentement pour que vos demandes de règlement soient traitées par la Canada Vie. Vous ne pouvez pas envoyer une demande de règlement le même jour que vous effectuez votre adhésion préalable. Par conséquent, veuillez effectuer votre adhésion préalable au RSSFP avant le **1^{er} juillet 2023** pour assurer que le traitement et le paiement de vos demandes de règlement au titre du RSSFP se poursuivent sans interruption.

Options d'adhésion

1. **Adhésion préalable sur papier** – Remplissez le formulaire d'adhésion préalable comprenant deux pages recto verso et retournez-le-nous par la poste à l'adresse indiquée dans l'en-tête. À noter : Les formulaires incomplets ou illisibles vous seront renvoyés par la poste afin que vous les présentiez de nouveau à la Canada Vie.
2. **Adhésion préalable sur support numérique** – Vous pouvez adhérer au régime en ligne à l'adresse canadavie.com/rssfp. L'adhésion préalable en ligne est rapide et facile.

À noter

- Il est possible que vous ne voyiez que les trois premières lettres de votre nom lors du processus d'adhésion préalable. Des travaux sont en cours pour faire afficher votre nom complet. Quand vous ferez votre adhésion au RSSFP, nous aurons déjà obtenu les renseignements exacts de votre employeur ou votre Centre des pensions. Si vous remarquez une erreur dans votre nom de famille ou votre date de naissance, vous pouvez communiquer avec le bureau de la rémunération de votre ministère, le Centre des services de paie ou le Centre des pensions pour mettre à jour ces renseignements. La Canada Vie ne peut pas mettre à jour ces renseignements pour vous.
- Si vous avez un enfant à charge ayant une invalidité et que son adhésion a été effectuée auprès de la Sun Life, cette information sera transférée à la Canada Vie. Veuillez inclure cet enfant sur votre formulaire d'adhésion préalable. Vous n'avez aucune autre mesure à prendre si la personne à charge admissible figure déjà dans le système de la Sun Life.
- Si c'est la première fois que vous présentez une demande pour une personne à charge ayant une invalidité, le formulaire Demande de protection pour une personne à charge ayant une invalidité se trouve à l'adresse canadavie.com/rssfp. Vous devez également inclure votre enfant ayant une invalidité sur le formulaire d'adhésion préalable au RSSFP. Si vous n'êtes pas en

mesure d'imprimer le formulaire, vous pouvez également nous appeler au 1 855 415-4414, du lundi au vendredi, entre 8 h et 17 h (votre heure locale).

De quels renseignements ai-je besoin pour commencer?

Avant de commencer, vous aurez besoin des renseignements suivants :

- Vos coordonnées
- Les renseignements relatifs à la coordination des prestations avec d'autres régimes d'assurance, pour vous-même comme participant de régime ou pour une autre protection dont bénéficie votre personne à charge
 - Si l'autre protection est détenue auprès de la Canada Vie, vous aurez besoin du numéro du régime et du numéro d'identification du participant.
- Votre nouveau numéro de régime, qui est déterminé en fonction de votre mois de naissance ou de votre situation de participant :
 - De janvier à mars : 52111
 - D'avril à juin : 52112
 - De juillet à septembre : 52113
 - D'octobre à décembre : 52114
 - Par exemple, si votre mois de naissance est novembre, votre numéro de régime est le 52114.
 - Pour les personnes à charge survivantes admissibles (conjoint et enfants admissibles), le numéro de régime sera le 52115.
- Votre numéro de certificat, qui se trouve dans les systèmes de la paie ou de pension.

Vous devrez **remplir et signer** le formulaire d'adhésion préalable au RSSFP pour donner votre consentement. Lorsque vous remplissez le formulaire, **veuillez écrire** lisiblement à l'encre, en **LETTRES MAJUSCULES**.

Remplir la section supérieure du formulaire

Si c'est la première fois que vous effectuez une adhésion préalable auprès de la Canada Vie, cochez cette case. Si vous désirez apporter un changement, cochez la case « J'ai déjà effectué mon adhésion préalable et je souhaite y apporter un changement. »

Section 1 – « Vos coordonnées »

Veuillez inscrire les renseignements suivants :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance (dans le format aaaa-mmm-jj – exemple : 1980-NOV-10)
- Genre – sélectionner **une** option : Masculin, Féminin, Autre ou Je préfère ne pas répondre

Veuillez aussi indiquer votre adresse :

- Adresse postale (numéro et rue, et case postale s'il y a lieu) et appartement (s'il y a lieu)
- Ville, province, territoire ou état, code postal ou ZIP, et pays
- Pays de résidence actuel pour les participants du régime qui ont la protection totale – il s'agit du pays où vous résidez ou travaillez actuellement ou du pays où vous êtes affecté ou déployé. Il peut différer de votre adresse postale.

- La province ou le territoire qui vous fournit des soins de santé est la province ou le territoire où vous êtes protégé par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial lorsque vous êtes au Canada.

Section 2 – « Mode de communication privilégié »

Cette section nous indique de quelle façon vous souhaitez que la Canada Vie communique avec vous à l'avenir.

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 une adresse courriel personnelle qui vous est propre étant donné que votre adresse courriel au travail peut changer si vous changez d'emploi.)
- Papier (Les communications seront envoyées à l'adresse postale indiquée à la section 1.)

À noter : Si vous choisissez le courriel, mais que vous nous faites parvenir un formulaire d'adhésion préalable sur papier, vous recevrez une trousse de confirmation en format papier comprenant votre carte de prestations et les renseignements sur votre adhésion. Des cartes de prestations en plastique ne seront pas émises. Par la suite, toutes les communications de notre part vous parviendront par courriel.

Section 3 – « Renseignements sur la coordination des prestations »

Cette section détermine quel régime collectif sera le premier payeur pour vos demandes de règlement pour soins de santé. Des exemples sont fournis ci-après pour vous aider à remplir la section sur la coordination des prestations.

Veillez répondre aux questions suivantes :

- Bénéficiez-vous d'un autre régime collectif pour soins de santé en tant que participant ? Oui ou non. Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :
 - De quelles protections bénéficiez-vous au titre de l'autre régime? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent : services de santé, médicaments ou soins de la vue. (À noter : La protection santé ne comprend pas nécessairement les médicaments sur ordonnance et les soins de la vue comme la protection du RSSFP.)
 - Votre autre régime est-il auprès de la Canada Vie? Oui ou non. Dans l'affirmative, veuillez indiquer :
 - Le numéro de régime
 - Le numéro d'identification du participant
 - Êtes-vous un participant retraité au titre de l'autre régime? Oui ou non. Dans la négative, veuillez indiquer :
 - Quel régime est entré en vigueur en premier? Le RSSFP ou l'autre régime.

Exemple – Je travaille pour le gouvernement du Canada et un autre employeur.

Vous êtes un participant du RSSFP et un participant du régime de la société ABC. À la société ABC, où vous êtes également protégé par la Canada Vie, vous bénéficiez d'une protection pour soins de la vue. Voici comment remplir le formulaire :

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-elle 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

Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

Exemple – Je suis un participant retraité du gouvernement du Canada qui bénéficie de la protection du RSSFP et je travaille pour un autre employeur.

Vous êtes un participant retraité du RSSFP et un participant du régime de la société XYZ. À la société XYZ, vous bénéficiez d'une protection pour médicaments sur ordonnance. Voici comment remplir le formulaire :

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-elle 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

Section 4 – « Renseignements sur votre époux ou conjoint de fait admissible »

Veuillez remplir cette section si vous avez un époux ou un conjoint de fait. Votre conjoint est considéré comme votre conjoint de fait après un an de cohabitation.

Si vous effectuez l'adhésion préalable auprès de la Canada Vie pour la première fois, vous n'avez pas à remplir la section Raison du changement. Si vous nous informez d'un changement, vous devez en indiquer la raison et la date d'effet. Par exemple, si vous n'avez plus d'époux ou de conjoint de fait, la raison du changement sera « Suppression » et la date d'effet sera la date à laquelle votre époux ou conjoint de fait a cessé d'être votre conjoint ou conjoint de fait (la date du divorce ou la date à laquelle vous n'êtes plus conjoint de fait). Si vous avez un nouvel époux ou un nouveau conjoint de fait, vous devez présenter un deuxième formulaire et y indiquer la date d'effet et « Ajout » comme raison du changement.

Reportez-vous à la section « Vos coordonnées » pour connaître les renseignements personnels qui sont requis au sujet de votre époux ou conjoint de fait admissible.

- Votre époux ou conjoint de fait est-il protégé au titre d'un autre régime de soins de santé (c'est-à-dire en tant que participant de régime)? Oui ou non. Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :
 - De quelles protections bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? Si votre époux ou conjoint de fait bénéficie d'une protection au titre du RSSFP, choisissez les trois protections : services de santé, médicaments et soins de la vue. (À noter : La protection santé ne comprend pas nécessairement les médicaments sur ordonnance et les soins de la vue comme la protection du RSSFP.)
 - Votre époux ou conjoint de fait bénéficie-t-il de sa propre protection au titre du RSSFP?
 - Dans l'affirmative, indiquez le numéro du certificat de votre époux ou de votre conjoint de fait dans le cadre du RSSFP.
 - Dans la négative, la protection est-elle auprès de la Canada Vie? Oui ou non. Dans l'affirmative, veuillez indiquer :
 - Le numéro de régime
 - Le numéro d'identification du participant

Exemple – Votre époux ou conjoint de fait travaille aussi pour le gouvernement du Canada.

Votre époux ou conjoint de fait bénéficie également d'une protection au titre du RSSFP en tant que participant de régime et bénéficie des protections services de santé, médicaments et soins de la vue. Voici comment remplir le formulaire :

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 Smith	Prénom John
Date de naissance (aaaa-mmm-jj) 1980-Jan-27	Genre <input checked="" 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 :

Page 1 de 4

Section 5 – « Renseignements sur vos enfants à charge admissibles »

Veuillez remplir cette section si vous avez des enfants à charge. Assurez-vous de remplir une section Personne à charge pour chacun de vos enfants à charge protégés. Si vous avez plus de quatre personnes à charge, veuillez faire une copie de la page 3 et la présenter à la Canada Vie.

Si vous effectuez l'adhésion préalable auprès de la Canada Vie pour la première fois, vous n'avez pas à remplir la section Raison du changement. Si vous nous informez d'un changement, vous devez en indiquer la raison et la date d'effet. Par exemple, si vous avez un enfant, la raison du changement sera « Ajout » et la date d'effet sera la date de naissance de l'enfant ou la date d'ajout de l'enfant à titre de personne à charge.

Reportez-vous à la section « Vos coordonnées » pour connaître les renseignements personnels qui sont requis au sujet de votre personne à charge admissible.

- Choisissez l'une des options suivantes :
 - Enfant à charge (âgé de moins de 21 ans)
 - Enfant ayant une invalidité (âgé de 21 ans ou plus) – Si c'est la première fois que vous présentez une demande pour une personne à charge ayant une invalidité, le formulaire Demande de protection pour une personne à charge ayant une invalidité se trouve à l'adresse canadavie.com/rssfp.
 - Étudiant à temps plein (s'il est âgé de 21 à 25 ans). S'il s'agit d'un étudiant à temps plein, veuillez indiquer le nom de l'établissement, le nom du programme et la date de fin du programme (dans le format aaaa-mmm-jj – exemple : 2025-JUI-17).
- Votre personne à charge est-elle protégée au titre d'un autre régime de soins de santé? Oui ou non. Dans l'affirmative, veuillez remplir ce qui suit :
 - De quelles protections bénéficie-t-elle (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? La protection santé ne comprend pas nécessairement les médicaments sur ordonnance et les soins de la vue comme la protection du RSSFP.)
 - Votre personne à charge est-elle protégée par le régime d'un autre parent ou tuteur? Oui ou non. Dans l'affirmative, veuillez indiquer :
 - Le nom et la date de naissance (dans le format aaaa-mmm-jj – exemple : 1968-JUI-07)
 - L'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? Oui ou non. Dans l'affirmative, veuillez indiquer :
 - Le numéro de régime
 - Le numéro d'identification du participant

Exemple – Vos personnes à charge sont protégées au titre du régime de votre ex-conjoint.

Vos personnes à charge bénéficient également des protections soins de santé et médicaments sur ordonnance au titre du régime de votre ex-conjoint, et il s'agit d'une protection détenue auprès de la Canada Vie. Voici un exemple illustrant la façon de remplir le formulaire :

5 Renseignements sur les enfants à votre charge admissibles		
Personne à charge 1 Raison du changement : <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Modification <input type="checkbox"/> Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj) <input type="text"/>		
Nom de famille Smith	Prénom Jane	
Date de naissance (aaaa-mmm-jj) 2021-JUIN-04	Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre	
<input checked="" type="checkbox"/> Enfant à charge (âgé de moins de 21 ans) <input type="checkbox"/> Enfant ayant une invalidité (âgé de 21 ans ou plus) <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/>		
Nom du programme <input type="text"/> Date de fin du programme (aaaa-mmm-jj) <input type="text"/>		
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? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :		
De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? <input checked="" type="checkbox"/> Services de santé <input checked="" type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Soins de la vue		
Votre enfant à charge est-il protégé par le régime d'un autre parent ou tuteur? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquez le nom et la date de naissance de l'autre parent ou tuteur :		
Nom de famille Jones	Prénom Max	Date de naissance (aaaa-mmm-jj) 1979-Sep-29
L'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Dans l'affirmative, numéro de régime : <input type="text"/> 234567 Numéro d'identification du participant : <input type="text"/> 88888		

Exemple – Votre enfant à charge est un étudiant et il bénéficie d'une protection pour soins de santé à son établissement d'études postsecondaires.

Voici un exemple illustrant la façon de remplir le formulaire :

5 Renseignements sur les enfants à votre charge admissibles		
Personne à charge 1 Raison du changement : <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Modification <input type="checkbox"/> Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj) <input type="text"/>		
Nom de famille Smith	Prénom Jane	
Date de naissance (aaaa-mmm-jj) 2021-JUIN-04	Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre	
<input checked="" type="checkbox"/> Enfant à charge (âgé de moins de 21 ans) <input type="checkbox"/> Enfant ayant une invalidité (âgé de 21 ans ou plus) <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/>		
Nom du programme <input type="text"/> Date de fin du programme (aaaa-mmm-jj) <input type="text"/>		
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? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :		
De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? <input checked="" type="checkbox"/> Services de santé <input checked="" type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Soins de la vue		
Votre enfant à charge est-il protégé par le régime d'un autre parent ou tuteur? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquez le nom et la date de naissance de l'autre parent ou tuteur :		
Nom de famille Jones	Prénom Max	Date de naissance (aaaa-mmm-jj) 1979-Sep-29
L'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Dans l'affirmative, numéro de régime : <input type="text"/> 234567 Numéro d'identification du participant : <input type="text"/> 88888		

Section 6 – Autorisation et déclaration

Lisez, signez et datez la section relative au consentement du formulaire. Cette étape de l'adhésion préalable doit obligatoirement être effectuée pour que vos demandes de règlement au titre du RSSFP et celles de vos personnes à charge soient traitées. N'oubliez pas que vous ne pouvez pas envoyer une demande de règlement le même jour que vous effectuez l'adhésion préalable.

Vous pouvez consulter la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP et les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie à l'adresse canadavie.com/rssfp.

Envoi de votre formulaire dûment rempli

Une fois que vous avez rempli toutes les sections du formulaire et donné votre consentement en apposant votre signature et la date sur le formulaire, veuillez l'envoyer par la poste à l'adresse suivante :

Canada Vie
Adhésion préalable au RSSFP
CP 6000 Succursale Main
Winnipeg MB R3C 3A5

Questions au sujet de la façon de remplir le formulaire

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).

Comment saurai-je que mon adhésion préalable est terminée?

Environ quatre semaines après le traitement de votre formulaire d'adhésion préalable au RSSFP, nous vous enverrons par la poste une lettre accompagnée d'un relevé de confirmation et d'une carte de prestations du RSSFP en papier. Si votre formulaire est incomplet ou illisible, il vous sera retourné dans un délai de quatre semaines, et vous devrez le présenter de nouveau à la Canada Vie.