

Veterans Affairs Canada (VAC) – Application Anciens Combattants Canada (ACC) – Demande d'adhésion

Amendment
Modification

Public Service Health Care Plan (PSHCP) / Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP)

MEMBER PROFILE / PROFIL DU PARTICIPANT

To be completed by the member / À être rempli par le membre

Full name – last, first, middle (if applicable) / Nom complet – nom de famille, prénom, deuxième prénom (s'il y a lieu) Contract # / N° de contrat
55555 Certificate No. / N° de certificat

Date amendment is requested / Date de la demande de modification

D | J | M | M | Y | A

Indicate the field(s) you wish to have amended / Indiquez la/les catégorie(s) que vous voulez modifier

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Civil status / État matrimonial | <input type="checkbox"/> Hospital benefit coverage / Garantie hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Province or territory of residence / Province ou territoire de résidence | <input type="checkbox"/> Coordination of benefits / Coordination des prestations |
| <input type="checkbox"/> Mailing address / Adresse postale | <input type="checkbox"/> Dependant coverage / Personnes à charge |
| <input type="checkbox"/> Type of coverage / Genre de protection | <input type="checkbox"/> Banking information / Renseignements bancaires |

Provide only the information relevant to the required changes / Fournissez seulement les informations pertinentes aux changements demandés.

Civil status / État matrimonial Single / Célibataire Widowed / Veuf (veuve) Common law relationship for more than one year / Conjoint de fait depuis plus d'un an
 Married / Marié(e) Divorced / Divorcé(e)
 Separated / Séparé(e)

D | J | M | M | Y | A

Province or territory of residence / Province ou territoire de résidence

Mailing address / Adresse postale

Coverage required / Garantie désirée

- Applicant only / Requéran seulement
 Family – information on spouse and dependants must be provided below /
 Famille – les renseignements concernant votre conjoint et vos personnes à charge doivent être fournis ci-dessous.

Hospital benefit coverage / Garantie hospitalisation

Level I / Niveau I Level II / Niveau II Level III / Niveau III

Coverage required / Protection demandée

Supplementary / Supplémentaire Comprehensive / Totale

SPOUSE PROFILE / PROFIL DU CONJOINT

Full name – last, first, middle (if applicable) / Nom complet – nom de famille, prénom, deuxième prénom (s'il y a lieu)

Date of birth / Date de naissance

D | J | M | M | Y | A

Gender / Sexe

- Male / Homme
 Female / Femme

Relationship / Lien avec le membre

- Spouse / Conjoint
 Common law partner for more than one year / Conjoint de fait depuis plus d'un an

Province or territory of residence / Province ou territoire de résidence

Date dependant status changed (please give reason) / Date de changement (veuillez inscrire la raison)

D | J | M | M | Y | A

Co-ordination of Benefits Information / Information sur la coordination des prestations

Is your spouse or common law partner covered under a private group medical plan? /

Votre conjoint ou conjoint de fait est-il (elle) couvert(e) sous un régime de soins de santé privé?

- Yes / Oui If Yes / Si oui, Under the PSHCP? / Sous le RSSFP?
 No / Non Other than the PSHCP? /
 Sous un régime autre que le RSSFP?

DEPENDENT CHILD / ENFANT À CHARGE (use a separate sheet for additional dependants / utilisez une autre feuille si nécessaire)

Date dependant status change (please give reason) / Date de changement (veuillez inscrire la raison)

D | J | M | M | Y | A

Full name – last, first, middle (if applicable) / Nom complet – nom de famille, prénom, deuxième prénom (s'il y a lieu)

Date of birth / Date de naissance

D | J | M | M | Y | A

Gender / Sexe

- Male / Homme
 Female / Femme

Relationship at time of application /
Lien de parenté au moment de la
demande d'adhésion

- Unmarried and under age 21 / Célibataire et âgé de moins de 21 ans
 Unmarried and full time student under age 25 / Célibataire et âgé de moins de 25 ans et étudiant à temps plein
 Unmarried child with a physical or mental health disability / Enfant célibataire ayant une déficience physique ou mentale

Veterans Affairs Canada (VAC) – Application (continued)
Anciens Combattants Canada (ACC) – Demande d’adhésion (suite)
Public Service Health Care Plan (PSHCP) / Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP)

BANKING INFORMATION / RENSEIGNEMENTS BANCAIRES

Name of banking institution / Nom de la banque

Bank Transit # / N° de transit

Account # / N° de compte

Void Cheque Attached /
Chèque annulé ci-joint

Name of Account Holder / Nom du titulaire du compte

AUTHORIZATION AND SIGNATURE / AUTORISATION ET SIGNATURE

By signing this form, I confirm the following:

En signant le présent formulaire, je confirme ce qui suit :

- I authorize the Plan Administrator, its agents and service providers to use and exchange information collected in this form to underwrite, administer and adjudicate claims; / J'autorise l'administrateur du régime, ses mandataires et ses fournisseurs de service à utiliser et échanger les renseignements que contient le présent formulaire dans le but d'établir la tarification, d'assurer la gestion des règlements et de régler les prestations;
- I authorize the PSHCP to use the information collected in this form for benefits administration and Plan management; / J'autorise le RSSFP à utiliser les renseignements que contient le présent formulaire dans le but d'assurer la gestion des garanties et du régime;
- I am authorized to disclose information about my spouse and dependants in order to amend my coverage under the Plan; / Je suis autorisé à communiquer les renseignements concernant mon conjoint et personnes à charge afin de modifier mon adhésion au régime.
- I agree to remit the required contributions, as amended from time to time, and any required taxes if applicable, in the form indicated in the payment information section, or as modified by me from time to time; / J'accepte de remettre les cotisations nécessaires, qu'elles soient modifiées de temps à autres, et toutes taxes requises si approprié, selon les instructions fournies dans la section mode de paiement ci-dessus.
- I agree to notify the PSHCP of any changes to the information provided above. / J'accepte d'aviser le RSSFP de tout changement concernant les renseignements fournis ci-dessus.

I certify that the information provided is complete and accurate. A photocopy or electronic version of this signed authorization is as valid as the original. / J'atteste que les renseignements fournis sont exacts et complets. Toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation, lorsque signée, a la même valeur que l'original.

Member signature / Signature du membre

Date

D | J | M | M | Y | A

To be completed by Veterans Affairs Canada (VAC) / À être rempli par les Anciens Combattants Canada (ACC)

Effective date of change /
Date de prise d'effet de la modification

Date application received by designated officer /
Date à laquelle la demande a été reçue par l'agent désigné

Name of designated officer /
Nom de l'agent désigné

D | J | M | M | Y | A

D | J | M | M | Y | A

APPROVED BY : / AUTORISÉ PAR :

Name / Nom

Title / Titre

Signature

The information you provide is collected for the purposes of administration of the Public Service Health Care Plan (PSHCP). All information on this form is protected under the provisions of the Privacy Act and will be held in Personal Information Bank Number VAC PPU 520. / Les renseignements fournis dans la présente demande sont recueillis aux fins d'administration du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP). Les renseignements sont protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels et seront placés au fichier de renseignements numéro ACC PPU 520.