

## Régime de soins dentaires de la fonction publique – renseignements sur les personnes à charge

Vous devez remplir et présenter un formulaire Renseignements sur les personnes à charge lorsque l'un des changements suivants survient : changement de nom d'une personne à charge, changement de la date de naissance d'une personne à charge, retrait d'une personne à charge, ajout d'un conjoint, ajout d'un enfant (y compris en cas d'adoption ou de nomination à titre de tuteur), changement lié au statut d'étudiant.

Le participant de régime doit écrire au Conseil de gestion de la fonction publique pour qu'un frère ou une sœur, un neveu ou une nièce, un petit-fils ou une petite-fille soit couvert. Pour plus de renseignements, consultez le Livret des participants au régime de soins dentaires de la fonction publique.

### VEUILLEZ INDIQUER LE OU LES NUMÉROS DE RÉGIME DE SOINS DENTAIRES APPLICABLES :

- 55555 - Conseil national mixte     55666 - Alliance de la fonction publique du Canada     55777 - Personnes à charge des membres des Forces canadiennes  
 55888 - Gendarmerie royale du Canada

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT DE RÉGIME

Nom	Prénom	Numéro d'identification de l'employé	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)			

### RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À CHARGE – CONJOINT

Type de changement	Nom	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	S'il s'agit de l'ajout d'un conjoint, indiquez si vous êtes liés par un mariage ou par une union de fait	Indiquez la date du mariage ou du début de la cohabitation (aaaa-mm-jj)	S'il s'agit du retrait d'un conjoint, confirmez la date du divorce ou de la séparation (aaaa-mm-jj)
Ajout / Changer / Retirer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

Cette personne est-elle admissible à des prestations aux termes d'un autre régime (régime personnel ou à titre de personne à charge)?  OUI  NON

Pour le régime 55777 seulement, la relation a-t-elle été établie conformément à l'article 1.075 des ORFC?  OUI  NON

### RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À CHARGE – ENFANT

Type de changement	Nom	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Date du changement (aaaa-mm-jj)	Si l'enfant a plus de 21 ans, est-il étudiant à temps plein? OUI / NON
Ajout / Changer / Retirer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Cette personne est-elle admissible à des prestations aux termes d'un autre régime (régime personnel ou à titre de personne à charge)?  OUI  NON

### PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La présente section explique l'engagement de la Canada Vie en matière de protection des renseignements personnels.

À La Canada Vie, compagnie d'assurance-vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels qui est conservé dans les bureaux de la Canada Vie ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels consignés à votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada Vie. La Canada Vie peut, pour ce faire, avoir recours à des prestataires de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous utiliserons les renseignements personnels recueillis pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime collectif, y compris aux fins des enquêtes sur les demandes de règlement et de l'évaluation de celles-ci, ainsi que pour la constitution et la tenue de dossiers visant notre relation d'affaires. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes règlement et de l'évaluation de celles-ci, ainsi que pour la constitution et la tenue de dossiers visant notre relation d'affaires. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de service), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez l'adresse [www.canadavie.com](http://www.canadavie.com).

### AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

La présente section doit être signée et datée, à l'ENCRE, par l'employé.

Par la présente, je vous envoie l'information sur la protection de mon conjoint et/ou de mes enfants à charge célibataires aux termes du régime collectif et je confirme que j'ai l'autorisation d'agir en leur nom.

J'ai lu et compris et j'accepte le contenu de la section du formulaire intitulée « Confidentialité ».

J'autorise :

- la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé, le gestionnaire de régime, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie ou avec ceux précités à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section Autorisations et déclarations est aussi valide que l'original.

J'atteste que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.

Signature du participant de régime : \_\_\_\_\_ Date (jj-mm-aa): \_\_\_\_\_

### ENVOYEZ LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI PAR LA POSTE OU PAR COURRIEL :

#### Résidents du Canada (excluant ceux qui résident au Québec)

Centre de traitement des demandes de règlement,  
Soins médicaux et Soins dentaires  
CP 6025 Succursale Main  
Winnipeg MB R3C 3C7

Courriel : PSDCP-Dependent-Update@canadavie.com

#### Résidents du Québec (excluant la région de la capitale nationale) :

Service des indemnités de Montréal  
Place Bonaventure  
800 rue de la Gauchetière Ouest Bureau 5800  
Montréal QC H5A 1B9

Courriel : PSDCP-Dependent-Update-FR@canadavie.com

#### Employés résidant à l'extérieur du Canada

Prestations, Soins médicaux et Soins dentaires - Canada Vie  
Service des indemnités, Assurés à l'étranger CP 6000  
Winnipeg MB R3C 3A5

Courriel : PSDCP-Dependent-Update@canadavie.com