

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

Initial Application
Demande initiale

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 applicant / À être rempli par le requérant

Full name – last, first, middle (if applicable) / Nom complet – nom de famille, prénom, deuxième prénom (s'il y a lieu)		File No. / N° de dossier	Service No. / N° de service
Date of birth / Date de naissance D J M M Y A	Language Preferred / Langue préférée <input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> Français / French	Gender / Sexe <input type="checkbox"/> Male / Homme <input type="checkbox"/> Female / Femme	
Civil Status / État matrimonial <input type="checkbox"/> Single / Célibataire <input type="checkbox"/> Married / Marié(e) <input type="checkbox"/> Separated / Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Widowed / Veuf (veuve) <input type="checkbox"/> Divorced / Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Common law relationship for more than one year / Conjoint de fait depuis plus d'un an D J M M Y A	
Province or Territory of Residence / Province ou territoire de résidence	Mailing Address / Adresse postale		
Were you previously covered under this Plan? / Avez-vous déjà été couvert par ce régime? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non		Certificate No. / N° de certificat	
If yes, indicate: / Si oui, indiquez : <input type="checkbox"/> Member / Membre <input type="checkbox"/> Spouse or Dependant / Personne à charge		<input type="checkbox"/> RCMP or Canadian Forces / GRC – Forces canadiennes	
Do you have coverage under another private group medical plan? / Êtes-vous couvert sous un autre régime de soins de santé? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non		Coverage required / Garantie désirée <input type="checkbox"/> Applicant only / Requérent seulement <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Level I / Niveau I <input type="checkbox"/> Level II / Niveau II <input type="checkbox"/> Level III / Niveau III		Coverage Required / Protection demandée <input type="checkbox"/> Supplementary / Supplémentaire <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Male / Homme <input type="checkbox"/> Female / Femme
Relationship / Lien avec le requérant <input type="checkbox"/> Spouse / Conjoint <input type="checkbox"/> 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
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? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non	
<input type="checkbox"/> If Yes / Si oui, <input type="checkbox"/> Under the PSHCP? / Sous le RSSFP? <input type="checkbox"/> Other than the PSHCP? / Sous un régime autre que le RSSFP?	

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

1. 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 <input type="checkbox"/> Male / Homme <input type="checkbox"/> Female / Femme
Relationship at time of application / Lien de parenté au moment de la demande d'adhésion	<input type="checkbox"/> Unmarried and under age 21 / Célibataire et âgé de moins de 21 ans <input type="checkbox"/> Unmarried and full time student under age 25 / Célibataire et âgé de moins de 25 ans et étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Unmarried child with a physical or mental health disability / Enfant célibataire ayant une déficience physique ou mentale	
2. 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 <input type="checkbox"/> Male / Homme <input type="checkbox"/> Female / Femme
Relationship at time of application / Lien de parenté au moment de la demande d'adhésion	<input type="checkbox"/> Unmarried and under age 21 / Célibataire et âgé de moins de 21 ans <input type="checkbox"/> Unmarried and full time student under age 25 / Célibataire et âgé de moins de 25 ans et étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Unmarried child with a physical or mental health disability / Enfant célibataire ayant une déficience physique ou mentale	
3. 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 <input type="checkbox"/> Male / Homme <input type="checkbox"/> Female / Femme
Relationship at time of application / Lien de parenté au moment de la demande d'adhésion	<input type="checkbox"/> Unmarried and under age 21 / Célibataire et âgé de moins de 21 ans <input type="checkbox"/> Unmarried and full time student under age 25 / Célibataire et âgé de moins de 25 ans et étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> 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

I apply for coverage under the Public Service Health Care Plan and submit, as required, the information shown above. By signing this application and enrolling in the Plan, I confirm the following:

Je désire adhérer au Régime de soins de santé de la fonction publique et vous fais parvenir les renseignements ci-dessus. En signant le présent formulaire et en adhérant au régime, 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 enrol them in the Plan; / Je suis autorisé à communiquer les renseignements concernant mon conjoint et personnes à charge afin qu'ils soient couverts par le 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, tel que modifiées de temps à autre, 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.

Applicant signature / Signature du requérant

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 eligibility /
Date d'admissibilité

D | J | M | M | Y | A

Certificate # / N° de certificat

Contract # N° de contrat

55555

Effective date of coverage /
Date de prise d'effet de la protection

D | J | M | M | Y | A

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

D | J | M | M | Y | A

Name of designated officer /
Nom de l'agent désigné

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.