

Canada Post Corporation / Société canadienne des postes  
DENTAL CARE PLAN (51057) /  
REGIME DE SOINS DENTAIRES (51057)

Application for Coverage (Employee) / Demande de protection (employé)

Initial Application / Demande initiale  Amendment / Modification  Reinstatement / Remise en vigueur

To be completed by the employee / À remplir par l'employé

1. Last Name / Nom	2. First Name / Prénom	3. Employee ID Number / N° d'identification de l'employé
4. Date of Birth / Date de naissance Y/A M/M D/J	5. Province of Residence / Province de résidence	6. Gender / Sexe <input type="checkbox"/> Male / Homme <input type="checkbox"/> Female / Femme
7. Persons to be covered / Personnes à couvrir <input type="checkbox"/> Single / Protection individuelle <input type="checkbox"/> Family / Protection familiale		
8. Coverage for extended residency outside Canada / Protection pour séjour prolongé hors du Canada <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Yes / Oui		Date departed Canada / Date du départ vers l'étranger Y/A M/M D/J
9. Date Family Status Changed (Please give reason) / Date du changement de la situation familiale (indiquer la raison) Y/A M/M D/J		Reason / Raison

PRIVACY / CONFIDENTIALITÉ

Protecting Your Personal Information

At The Great-West Life Assurance Company (Great-West Life), we recognize and respect the importance of privacy. When you apply for coverage, we establish a confidential file that is kept in the offices of Great-West Life or the offices of an organization authorized by Great-West Life. We limit access to personal information in your file to Great-West Life staff or persons authorized by Great-West Life who require it to perform their duties, to persons to whom you have granted access, and to persons authorized by law. We use the personal information to determine your eligibility for coverage and to administer the group benefits plan.

Protection de vos renseignements personnels

À La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West), 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 qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Great-West 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. Nous nous servons de ces renseignements personnels pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime collectif.

AUTHORIZATIONS AND DECLARATIONS / AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

Authorizations and Declarations

I hereby apply for coverage under the Canada Post Corporation's Dental Care Plan.

I authorize:

- my plan sponsor to deduct from my pay the plan member contributions required under the plan if applicable;
- Great-West Life, any healthcare provider, my plan administrator, other insurance or reinsurance companies, administrators of government benefits or other benefits programs, other organizations, or service providers working with Great-West Life to exchange personal information, when necessary to determine my eligibility for coverage and to administer the plan.

If applying for coverage for my spouse and/or dependants, I confirm that I am authorized to act on their behalf.

I agree that a photocopy or electronic copy of this Authorization and Declarations section is as valid as the original.

I certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.

Autorisations et déclarations

Par la présente, je demande la protection aux termes du Régime de soins dentaires de la Société canadienne des postes.

J'autorise

- le titulaire de régime à déduire de ma rémunération les cotisations salariales requises aux termes de régime, s'il y a lieu;
- la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime.

Si je demande la protection pour mon conjoint ou mes personnes à charge, je confirme que je suis autorisé à agir en leur nom.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie sous forme 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.

Date: Y/A M/M D/J

Employee Signature / Signature de l'employé :

To be completed by Human Performance Management (HPM) / À compléter par Gestion du rendement des employés (GRE)

10. Employee ID Number / N° d'identification de l'employé	11. Effective Date of Eligibility / Date du début d'admissibilité Y/A M/M D/J	12. Date Application Received / Date de réception de la demande Y/A M/M D/J
13. Coverage Commence or Change / Prise d'effet ou modification des protections Y/A M/M D/J	14. Date System Updated / Date de mise à jour du système Y/A M/M D/J	

15. Certification of Eligibility / Certification d'admissibilité

The employee named herein is eligible to apply for Dental Care Plan coverage.

L'employé susmentionné est admissible aux protections aux termes du Régime de soins dentaires.

Authorized Signature / Signature autorisée

(HPM / GRE)

Date Y/A M/M D/J

White / Blanc (HPM/GRE)  
Canary / Jaune canari (Employee / Employé)