

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

Application for coverage or amendment to current coverage /
Demande de protection ou de modification de la protection courante

- Initial Application / Demande initiale Amendment to existing coverage / Modification de la protection courante
 Termination / Cessation Refusal of Coverage / Refus de la protection Reinstatement of coverage / Remise en vigueur de la protection

1. Last Name / Nom de famille	2. First Name / Prénom	3. Employee ID Number / N° d'identification de l'employé			
4. Date of Birth / Date de naissance <table border="1"> <tr> <td>Y/A</td> <td>M/M</td> <td>D/J</td> </tr> </table>	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
Y/A	M/M	D/J			

7. Employee Type (check one box) / Catégorie d'employé (cochez une case)
- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> APOC / AOPC | <input type="checkbox"/> CCAA / ACMPA | <input type="checkbox"/> CUPW-RSMC / STTP-FFRS | <input type="checkbox"/> CUPW-UPO / STTP-OPU |
| <input type="checkbox"/> PSAC-UPCE / AFPC-SEPC | <input type="checkbox"/> MGT/XMT / CDS/XMT | <input type="checkbox"/> Executive / Exécutif | |

8. Coverage requested. Complete (a) or (b) / Protection demandée. Remplissez la partie a) ou b).

a) Complete if initial application / Remplir cette partie dans le cas d'une demande de protection initiale

- Single / Protection individuelle * Family / Protection familiale

Coverage is effective from the date on which your application is received in AccessHR. Coverage terminates at the end of the month in which the termination notice is received. / La protection prend effet à la date à laquelle AccèsRH reçoit votre demande. La protection prend fin à la fin du mois au cours duquel l'avis de cessation est reçu.

b) Complete if seeking an amendment to current coverage / Remplir cette partie dans le cas d'une demande de modification de la protection courante

- * From single to family / Individuelle à familiale From family to single / Familiale à individuelle

Reason for change / Raison du changement :

- Birth of child / Naissance d'un enfant Divorce / Divorce Marriage / Mariage Cohabitation / Union de fait

Other / Autre _____

Date of marriage/cohabitation / Date du mariage / du début de l'union de fait :

Y/A	M/M	D/J
-----	-----	-----

For an amendment to your current coverage, coverage is in effect the later of the date AccessHR receives your form, the date of marriage or one year after the date of living together in a conjugal relationship. / Dans le cas d'une demande de modification de la protection courante, la protection prend effet à la plus tardive des dates suivantes : la date à laquelle AccèsRH reçoit votre demande, la date du mariage ou la date qui tombe un an après le début de la cohabitation dans une relation de nature conjugale.

* If family coverage is elected, you must update your dependent information by completing the **Dependent Information** form and sending it to Great-West Life. / Si vous choisissez la protection familiale, vous devez mettre à jour les renseignements sur les personnes à votre charge et remplir le formulaire **Renseignements sur les personnes à charge** et l'expédier à la Great-West.

9. Level of Hospital Care / Niveau des soins hospitaliers Basic Coverage / Protection de base Hospital - Option A / Hôpital - Option A Hospital - Option B / Hôpital - Option B
Check one option only / Ne cochez qu'une seule case

Option B provides the maximum coverage under the plan / L'option B est celle qui prévoit la protection maximale aux termes du régime.

10. Do you live outside of Canada? / Habitez-vous à l'extérieur du Canada? Yes / Oui No / Non
Date departed Canada / Date du départ vers l'étranger :

Y/A	M/M	D/J
-----	-----	-----

PRIVACY / CONFIDENTIALITÉ

Protecting Your Personal Information

At The Great-West Life Assurance Company, we recognize and respect the importance of privacy. When you apply for coverage, we establish a confidential file that contains your personal information. This file is kept in the offices of Great-West Life or the offices of an organization authorized by Great-West Life. You may exercise certain rights of access and rectification with respect to the personal information in your file by sending a request in writing to Great-West Life. Great-West Life may use service providers located within or outside Canada. 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. Your personal information may be subject to disclosure to those authorized under applicable law within or outside Canada. We collect, use and disclose the personal information to determine your eligibility for coverage and to administer the plan, including investigating and assessing claims, and creating and maintaining records concerning our relationship. For a copy of our Privacy Guidelines or if you have questions about our personal information policies and practices (including with respect to service providers) write to Great-West Life's Chief Compliance Officer or refer to www.greatwestlife.com.

Protection de vos renseignements personnels

À La Great-West, 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 Great-West 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 Great-West. La Great-West peut faire appel à des fournisseurs de services installés au Canada ou à l'étranger. 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. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous recueillons, utilisons et divulguons ces renseignements personnels pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime, y compris aux fins d'enquêtes et d'évaluation visant les demandes de règlement, ainsi que pour la constitution et la tenue de dossiers concernant notre relation d'affaires avec vous. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse www.lagreatwest.com.

Please see reverse side - Signature Required
Veuillez vous reporter au verso - Signature requise

AUTHORIZATIONS AND DECLARATIONS / AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

Authorizations and Declarations

I hereby apply for coverage under the Canada Post Corporation's Extended Health Care/Prescription Drugs 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.

For claims administration purposes, 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 médicaux complémentaire/Régime de médicaments sur ordonnance de la Société canadienne des postes.

J'autorise

- le titulaire de régime à déduire de ma rémunération les cotisations salariales requises aux termes du 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.

Pour les besoins de l'administration des demandes de règlement, 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.

Employee Signature / Signature de l'employé : _____ Date:

Y/A	M/M	D/J	

Please return this completed application form to / Veuillez retourner le formulaire à :

**ACCESSHR
SUITE B125
2701 RIVERSIDE DRIVE
OTTAWA ON K1A 0B1**

**ACCÈSRH
BUREAU B125
2701 PROM RIVERSIDE
OTTAWA ON K1A 0B1**

To be completed by AccessHR / À remplir par AccèsRH

1. Date Application Received / Date de réception de la demande

2. Coverage Commence or Change / Prise d'effet ou modification de la protection :

Y/A	M/M	D/J	

3. Certification of Eligibility / Attestation d'admissibilité

The employee named herein is eligible to apply for Extended Health Care/Prescription Drugs Plan coverage and the transaction has been entered into SAP. / L'employé susmentionné est admissible au Régime de soins médicaux complémentaire / Régime de médicaments sur ordonnance. La transaction a été saisie dans le système SAP.

Authorized Signature / Signature autorisée _____ Date

Y/A	M/M	D/J	

(AccessHR / AccèsRH)