



**Demande d'admission à l'assurance perte de salaire / vie collective**

**Application for admission to loss of salary / group life insurance**

Date de prise d'effet de l'assurance :  
Effective Date of Insurance:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fonctionnaire  
Staff member

Nom / Family name: \_\_\_\_\_

Prénom / First name: \_\_\_\_\_

N° d'index / Index No.: \_\_\_\_\_

Organisation / Division / Service :  
Organization / Department / Section:

**Rappel :** Tout changement ou modification qui pourrait impacter les termes de cette assurance doit être communiqué au GPAFI par le fonctionnaire. Le GPAFI décline toute responsabilité en cas de manquement.  
**Reminder :** Any change or modification which could impact the terms of this insurance must be communicated to GPAFI by the civil servant. GPAFI declines any responsibility in case of breach.

**ATTESTATION**

**A remplir par l'assistante administrative du Service (Timekeeper)**

**To be completed by the administrative assistant of Service (Timekeeper)**

Nous attestons que le fonctionnaire ci-dessus :  
We certify that the above staff member:

1. Était titulaire d'un engagement temporaire du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Had a temporary contract from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Est titulaire d'un engagement fixe/continu/permanent depuis le \_\_\_\_\_  
Holds as a fixed/continuing/permanent since \_\_\_\_\_

Plein traitement en cas d'arrêt maladie / accident  3 mois / 3 months  9 mois / 9 months  
Full paid in case of sick leave for sickness / accident

2. A utilisé les jours de congé maladie certifiés suivants :  
Used the following days of certified sick leave:

- Durant les 12 mois précédant la date de prise d'effet de l'assurance mentionnée ci-dessus :  
During the 12 months preceding the above-mentioned Effective Date of Insurance:

\_\_\_\_\_ jours / days

- Durant les 4 années précédant la date de prise d'effet de l'assurance mentionnée ci-dessus :  
During the 4 years preceding the above-mentioned Effective Date of Insurance:

\_\_\_\_\_ jours / days

Date : \_\_\_\_\_ Timbre et Signature : \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_ Stamp and Signature: \_\_\_\_\_

Nom de l'assistante administrative du Service : \_\_\_\_\_  
Name of the administrative assistant of Service: \_\_\_\_\_