

**ENROLMENT CARD FOR NURSES OF N.B. NURSING HOMES  
LONG TERM DISABILITY (LTD) PLAN FOR EMPLOYEES OF THE PROVINCE OF N.B.**



**FICHE D'ADHÉSION POUR INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DES FOYERS DE SOINS DU N.-B.  
RÉGIME D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD) DES EMPLOYÉS DU GOUVERNEMENT DU N.-B**

|                                                                                        |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |                                                                                                                                    |   |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|
| Last Name of Nurse /<br>Nom de famille de l'infirmière (ier)                           |   | First Name / Prénom                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                  | Initial / Initiale                                                                                                                 |   |       |
|                                                                                        |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |                                                                                                                                    |   |       |
| Social Insurance Number (Optional)<br>/ Numéro d'assurance sociale<br>(facultatif)     |   | Vestcor Reference <b>OR</b> Employee Number/<br>No. de référence de Vestcor <b>OU</b> de l'employé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                  | Date of Birth / Date de naissance                                                                                                  |   |       |
|                                                                                        |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  | D / J                                                                                                                              | M | Y / A |
|                                                                                        |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |                                                                                                                                    |   |       |
| Email / Courriel                                                                       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Female / Femme<br><input type="checkbox"/> Male / Homme |                                                                                                                                    |   |       |
|                                                                                        |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |                                                                                                                                    |   |       |
| Name of Employer (Nursing Home) /<br>Nom de l'employeur (Foyer de soins)               |   | Ariel Organization ID /<br>Numéro de l'organisation Ariel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  | <input type="checkbox"/> Full-time status / Statut temps plein<br><input type="checkbox"/> Part-time status / Statut temps partiel |   |       |
|                                                                                        |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |                                                                                                                                    |   |       |
|                                                                                        |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |                                                                                                                                    |   |       |
| Employment Date / Date d'emploi                                                        |   | <p>* Effective Date of Coverage normally corresponds with the Employee's Date of Eligibility for LTD coverage and monthly premiums to commence within 31 days of Date of Eligibility. If employee not actively at work (i.e. not on payroll) at Date of Eligibility, effective Date of Coverage is delayed.</p> <p>* La Date d'entrée en vigueur correspond habituellement à la Date d'admissibilité de l'employé(e) pour la protection ILD et les cotisations mensuelles commencent dans les 31 jours suivant la Date d'admissibilité. La Date d'entrée en vigueur de la protection ILD est retardée si l'employé(e) n'est pas effectivement au travail (c.-à-d. non inscrit à la feuille de paye) à la Date d'admissibilité.</p> |                                                                                  |                                                                                                                                    |   |       |
| D / J                                                                                  | M |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |                                                                                                                                    |   | Y / A |
|                                                                                        |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |                                                                                                                                    |   |       |
| Effective Date of LTD Coverage* /<br>Date d'entrée en vigueur de la<br>protection ILD* |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |                                                                                                                                    |   |       |
| D / J                                                                                  | M | Y / A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                  |                                                                                                                                    |   |       |
|                                                                                        |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |                                                                                                                                    |   |       |

**PRIVACY CONSENT:** The personal information collected on this form will be used by Vestcor to: identify the member and the member's employer; set up enrollment of benefits coverage and confirm eligibility; and ultimately ensure that the benefits program is administered in accordance with the plan's governing documents. The information may be disclosed to Finance and Treasury Board, Medavie Blue Cross and/or Blue Cross Life Insurance Company of Canada. If you have any questions about the collection and use of this information, contact Vestcor's Member Services team, by mail at P.O. Box 6000, Fredericton, NB, E3B 5H1, by phone at (506) 453-2296 or 1-800-561-4012, or by email at [info@vestcor.org](mailto:info@vestcor.org). In addition, please note that Vestcor's Privacy Statement is available at [vestcor.org/privacy](https://vestcor.org/privacy).

**CONSENTEMENT À LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE :** Les renseignements personnels recueillis au moyen du présent formulaire seront utilisés par Vestcor aux fins suivantes : identifier le participant et son employeur; configurer l'inscription du participant à la couverture offerte par les avantages sociaux et confirmer son admissibilité; et, enfin, s'assurer que le régime d'avantages sociaux est administré dans le respect de ses documents constitutifs. Les renseignements pourraient être communiqués au ministère des Finances et du Conseil du Trésor, à Croix Bleue Medavie et à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Si vous avez des questions concernant la collecte et l'utilisation de ces renseignements, communiquez avec l'équipe des Services aux membres de Vestcor par la poste (C.P. 6000, Fredericton, Nouveau-Brunswick, E3B 5H1), par téléphone (506-453-2296 ou 1-800-561-4012) ou par courrier électronique ([info@vestcor.org](mailto:info@vestcor.org)). Vous pouvez également prendre connaissance de l'énoncé de Vestcor sur la protection des renseignements personnels à l'adresse [vestcor.org/renseignements-personnels](https://vestcor.org/renseignements-personnels).

Signature of Employer / Signature de l'employeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Please forward this card to Vestcor / Veuillez acheminer cette fiche à Vestcor**

P.O. Box 6000, Fredericton, NB E3B 5H1 / C.P. 6000, Fredericton (N.-B.) E3B 5H1

Tel / Tél : 1-800-561-4012

Fax / Téléc : (506) 457-7388

Email / Courriel : [info@vestcor.org](mailto:info@vestcor.org)

**IMPORTANT :** Information submitted via email is not considered secure unless encrypted. If you would like to submit this form via email and do not have a method to encrypt it, please contact our office in order to submit this form electronically in a secure format / Les informations transmises par courriel ne sont pas considérées comme protégées si elles ne sont pas cryptées. Si vous souhaitez envoyer ce formulaire par courrier électronique et que vous ne disposez pas d'une méthode de cryptage, veuillez contacter notre bureau afin d'envoyer ce formulaire électroniquement dans un format sécurisé.